



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

TESIS DOCTORAL

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Social y Antropología

CREATIVIDAD Y HOSPITALIZACIÓN:
INTERVENCIÓN ARTÍSTICA EN UNA UNIDAD
DE PSIQUIATRÍA ADOLESCENTE.

Pablo Pascale

Dra. Ana María Ullán de la Fuente

Profesora Titular del Departamento de Psicología social y Antropología de la Universidad de Salamanca

CERTIFICA: Que D. **Pablo Pascale** ha realizado en la Universidad de Salamanca, bajo su dirección, el trabajo que para optar al Grado de Doctor, presentado con el título: “*Creatividad y hospitalización: intervención artística en una unidad de psiquiatría adolescente*”; y para que conste, firma el presente certificado en Salamanca, en octubre de 2015.

Ana María Ullán de la Fuente

A Tiziano y Francesca

A Ana María Ullán, por haberme dado la oportunidad de ser mi directora de tesis, por su apoyo, motivación, y generosidad intelectual.

A cada uno de los participantes de este estudio, sus familias, y al personal sanitario de la Unidad de Psiquiatría Adolescente del Hospital Gregorio Marañón.

Al todo el equipo del MUPAI por enseñarme en la práctica la función social del arte.

A los profesores Eugenio Garrido, Ramón Ardanuy y Juan José Goyeneche por sus sugerencias, buenas ideas y revisiones.

A mis padres por su apoyo, a pesar de la distancia.

Y sobre todo, a Giuliana, Francesca y Tiziano por ser la sustancia de mis días, y mis sueños.

A todos ellos, muchas gracias.

Contenido

INTRODUCCIÓN	- 11 -
1. El adolescente en el hospital.....	- 15 -
2. El Adolescente en la Unidad de Psiquiatría.....	- 17 -
3. Arte y salud.....	- 18 -
4. Justificación, interés e implicancias del presente estudio.	- 21 -
5. Objetivos del presente estudio	- 25 -
6. Preguntas investigativas.....	- 26 -
7. Estructura del trabajo.....	- 28 -
BASES CONCEPTUALES Y REVISION DE LA LITERATURA.....	- 31 -
1. Introducción	- 33 -
2. La creatividad	- 34 -
2.1. Antecedentes	- 34 -
2.2. Conceptualización de creatividad ajustada al contexto de la investigación.....	- 36 -
2.3. Creatividad y flujo	- 40 -
3. Calidad de Vida Relacionada a la Salud.....	- 50 -
4. La hospitalización: cuando el paciente es adolescente	- 57 -
4.1. Efectos de la hospitalización	- 60 -
4.2. Los efectos adversos de la hospitalización en adolescentes.....	- 60 -
4.3. Hospitalización psiquiátrica adolescente	- 62 -
5. Arte y salud.....	- 64 -
5.1. La concepción de salud y sus diversas manifestaciones	- 64 -
5.2. Arte en la salud.....	- 65 -
5.3. Arte en la salud mental	- 70 -
METODOLOGÍA.....	- 73 -
1. Justificación metodológica	- 75 -
1.1. Complementariedad cuali-cuantitativa.....	- 76 -
2. Diseño de la investigación.....	- 82 -
2.1. Sinopsis de pasos metodológicos.....	- 83 -
3. Equipo interventor	- 88 -
4. Participantes.....	- 88 -
5. Contexto	- 90 -
6. Recursos didácticos	- 92 -
6.1. Talleres de creatividad artística	- 92 -
7. Procedimiento.....	- 96 -

7.1. Primera toma de contacto con el campo	- 97 -
7.2. Intervención y recolección de datos	- 99 -
8. Método de análisis de datos	- 125 -
8.1. Análisis de entrevistas a adolescentes y personal sanitario	- 125 -
8.1.2. Evaluación interjueces.....	- 131 -
8.1.3. Análisis cualitativo y cuantitativo de las entrevistas.....	- 135 -
RESULTADOS	- 137 -
1. Resultados demográficos	- 139 -
1.1. Número total de hospitalizaciones de los participantes previos a la intervención ...	- 140 -
1.2. Número de días de hospitalización	- 140 -
1.3. Asistencia a talleres.....	- 142 -
2. Experiencia de hospitalización	- 143 -
2.1. Percepción de la hospitalización.	- 143 -
2.2. Percepción de hospitalización según el número de días de hospitalización total.....	- 149 -
2.3. Percepción del control	- 150 -
2.4. Percepción del espacio hospitalario.....	- 152 -
3. Talleres de creatividad	- 154 -
3.1. Experiencia en los talleres de creatividad artística	- 154 -
4. Atribución de causas para sentirse bien y para sentirse mal.....	- 158 -
5. La hospitalización como corte con la vida cotidiana.....	- 162 -
6. Los talleres como corte con la experiencia de hospitalización	- 164 -
7. Estados Emocionales	- 165 -
7.1. Estados emocionales asociados a la hospitalización.....	- 165 -
7.2. Estados emocionales asociados a los talleres de arte.....	- 171 -
7.3. Estados emocionales para talleres de creatividad y para la experiencia de hospitalización.....	- 176 -
8. El tiempo en el Hospital	- 178 -
8.1. Percepción del transcurrir del tiempo	- 178 -
9. Aspectos positivos y negativos de la hospitalización	- 181 -
10. Función de los talleres de arte	- 184 -
10.1. Los talleres establecen un corte con la experiencia de enfermedad.....	- 184 -
10.2. Talleres son una instancia de aprendizaje	- 186 -
11. Resultados de la evaluación del personal sanitario	- 187 -
11.1. Datos demográficos.....	- 187 -
11.2. Percepción general de los talleres de creatividad	- 188 -

11.3.	Estructuración de grupo en los talleres	- 191 -
11.4.	Participación en los talleres	- 192 -
11.5.	Atención y concentración en los talleres	- 193 -
11.6.	El lado sano y organización del pensamiento en los talleres.....	- 194 -
11.7.	Olvido de los problemas en los talleres	- 196 -
11.8.	Aportes al tratamiento de los talleres.....	- 198 -
DISCUSIÓN.....		- 201 -
1.	Hospitalización y sensación de control	- 204 -
2.	El espacio hospitalario.....	- 206 -
3.	Los talleres de creatividad.....	- 208 -
4.	La atención y el tiempo en los talleres.....	- 211 -
5.	Reflexiones finales.....	- 212 -
CONCLUSIONES		- 215 -
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		- 223 -
ANEXOS		- 245 -
	Anexo 1.....	- 247 -
	Anexo 2.....	- 248 -
	Anexo 3.....	- 266 -

INTRODUCCIÓN

De pronto, el tiempo se hace ligero como el aire, sus unidades simétricas parecen no existir, no controlan nuestros actos. El tiempo nos concede más tiempo. Y el espacio se desdibuja, podríamos estar en cualquier lugar. Lo único que existe es la música que surge del instrumento, mi pincel que recorre el lienzo, o la página del libro que leo.

“Como te decía, aquí el tiempo no pasa más, te aburres, la cabeza te da vueltas y piensas demasiado [...] Este lugar es horrible, me gustaría poder salir de una vez, me siento aprisionada, agobiada, triste, nada me gusta aquí dentro. No puedo hacer lo que me gusta”¹.

Las dos experiencias son muy diferentes. La primera refiere a lo que la psicología positiva identificaría como el “estado de flujo”. Csikszentmihalyi (1998) propone que el flujo es una sensación holística que sienten las personas cuando actúan con total compenetración con la tarea, y que surge la mayor de las veces vinculado a actos creativos.

La segunda es una adolescente describiendo su experiencia de hospitalización en una entrevista realizada en la presente investigación.

¹ Extracto de entrevista realizada en la presente investigación a Carla, adolescente hospitalizada.

Ambas experiencias aparecen como incompatibles, distantes, una placentera, la otra dolorosa.

El objetivo de la presente tesis es explorar si la experiencia de hospitalización de adolescentes como la citada puede ser influenciada positivamente mediante la práctica de actividades de creatividad artística durante su proceso de hospitalización.

Los resultados del estudio demuestran que la creatividad artística ha permitido a los adolescentes vivir una experiencia enriquecedora en el marco de un contexto doloroso. Tal como lo expresara uno de los participantes, “los talleres han sido una ventana, una bocanada de aire fresco en este lugar de encierro”². La creatividad artística no solo ha significado un momento de relajación, sino también la posibilidad de dejar los problemas a un lado para trabajar sobre algo gratificante, la apertura de una brecha de ilusión entre la enfermedad y la experiencia de dolor emocional.

La presente tesis se enmarca dentro del Proyecto CurArte, el cual es un proyecto de investigación multidisciplinar sobre juego y creatividad infantil en contextos hospitalarios desarrollado entre el Departamento de Psicología

² Extracto de entrevista realizada a Miguel en la presente investigación.

Social y Antropología de la Universidad de Salamanca y el Museo Pedagógico de Arte Infantil de la Facultad de Bellas artes de la Universidad Complutense de Madrid.

1. El adolescente en el hospital

El hospital es una organización compleja, donde se generan los más esenciales contrastes de la experiencia humana: salud y enfermedad, felicidad y tristeza, vida y muerte.

La misión de los hospitales es la de suministrar diagnóstico y tratamiento así como los cuidados necesarios para el restablecimiento y la rehabilitación de los enfermos; a la vez que ofrecer servicios de carácter ambulatorio y unidades dedicadas a urgencias.

Paralelamente al seguimiento de estos objetivos, la hospitalización desencadena una serie de efectos a nivel psicológico, social y emocional, la mayor de las veces experimentados como negativos. De esta forma, la experiencia de hospitalización es un fenómeno multidimensional que implica procesos médicos, psicológicos, emocionales y familiares, tanto en el plazo de internación, como con posterioridad a la misma, y cuyos efectos exceden sus objetivos originales.

La experiencia de hospitalización y sus efectos difieren en el tipo de hospitalización de que se trate (quirúrgica, oncológica, psiquiátrica, etc.), pues los actos, intervenciones y procedimientos sobre el paciente son muy diferentes en uno y otro caso. Asimismo, variará según la franja etaria del paciente (infantil, adolescencia, adultez, tercera edad).

Los estudios sobre la experiencia de hospitalización adolescente han hallado que los efectos más significativos se encuentran en relación a la conformación de la identidad (Thompson y Stanford, 1981). En este sentido, Hofmann, Becker y Gabriel (1976) han hallado que el período de 14 a 17 o 18 años es el de menor tolerancia a la hospitalización. A su vez, Denholm y Ferguson (1987) en una revisión sobre la experiencia de adolescentes hospitalizados, han referido a cinco necesidades psicosociales que enfrentan estos adolescentes: privacidad, contacto y visita de pares, movilidad, independencia, y continuidad educativa.

Esto hace que su grupo sea especialmente sensible a los efectos de la hospitalización, lo cual reclama estrategias de intervención que ayuden a reducir estos efectos, de especial interés para padres, el personal sanitario y los propios adolescentes.

2. El Adolescente en la Unidad de Psiquiatría

En términos de hospitalización psiquiátrica adolescente deben realizarse ciertas apreciaciones que la diferencian de otros motivos de hospitalización. Aquí, el atravesamiento de la salud mental complejiza aún más la experiencia de hospitalización y sus efectos. La complejidad no solo se concentra en la propia experiencia y efectos, sino que también alcanza a las posibilidades de evaluar tal experiencia, imponiendo un desafío mayor a diseños metodológicos e intervenciones.

En primera instancia, el tránsito por su propia adolescencia es ya más complejo en estos pacientes que padecen trastornos psiquiátricos. Sus movimientos de independencia, su experiencia del cuerpo y relacionamiento sexual, su intercambio con pares y familiares, se ven más afectados, en la mayoría de los casos y según la patología de que se trate, que en casos de hospitalización no psiquiátrica. Esto es, el ingreso al hospital se da en los pacientes adolescentes psiquiátricos con una afectación y sensibilización más acusada sobre los aspectos del desarrollo psicológico propio de la adolescencia.

A esto, se suma que las unidades de psiquiatría poseen características que las diferencian de otras unidades del hospital. En su mayoría, estas unidades se encuentran cerradas por motivos de seguridad, aisladas del resto del hospital y tienen normativas muy estrictas, lo que las hacen un

dispositivo cuyo entorno puede aproximarse simbólicamente al penitenciario.

Por último, y de modo de apreciar la extensión de la complejidad de la experiencia de hospitalización psiquiátrica, este tipo de paciente, en muchos casos, no es consciente de su propia enfermedad como lo puede ser un paciente oncológico o cardíaco. Esta “falta de evidencia subjetiva” sobre su enfermedad hace al individuo experimentar la hospitalización como un encierro injusto e injustificado

3. Arte y salud

Arte y salud son, aparentemente, dos campos distantes que tienen escasas posibilidades de interacción. Pero esta apariencia se diluye desde el momento en que se comienzan a evidenciar los aportes que la actividad artística puede realizar al ámbito médico.

Se ha hallado que la práctica de actividades de creatividad artística tiene efectos sociales beneficiosos (Arts Council England [ACE], 2004; Bidwell, 2014; Clift, 2011; Matarasso, 1997). Específicamente, a nivel personal: mejora la confianza, las capacidades creativas, aportan a un crecimiento personal, a la vez que estimula la vida social mediante la amistad, el compromiso comunitario y el disfrute. A nivel social: construye la

confianza de grupos minoritarios o marginados, promueve el contacto y la cohesión social, así como el involucramiento y empoderamiento comunitario. Los proyectos sociales basados en las artes fomentan y proveen de mecanismos para enfoques creativos en la solución de problemas, a la vez que ofrecen oportunidades para la toma de riesgos en un sentido positivo. Y brindan una capacidad de contribuir a la salud y sostén social de personas en estado de vulnerabilidad.

En este sentido, tal como lo expresa Matarasso (1997) “el arte como actividad, proceso y objeto es central para como la gente experimenta, comprende y da forma al mundo” (p. 78)³.

En los últimos años se ha incrementado el interés de concebir el rol de las artes como un “recurso de estrategia nacional” (Mowlah et al. 2014), así como la importancia de ampliar su práctica y aplicabilidad a diversos sectores de la población (Renshaw, 2013).

En el año 2002, Richard Smith, editor del *British Medical Journal*, recomendó destinar el 0.5% del presupuesto nacional en salud a las artes, con el objetivo de mejorar la salud de los británicos:

³ Traducción del autor.

“Todos enfermaremos, sufriremos pérdidas, dolor y muerte [...]

La salud no tiene que ver con evitar estos acontecimientos, sino con aceptarlos, e inclusive encontrarles un sentido. Si la salud refiere a la adaptación, el entendimiento y la aceptación, entonces las artes pueden ser más potentes que cualquier cosa que la medicina pueda ofrecer”⁴ (Smith, 2002, p. 1432).

En esta línea, White (2003) en su estudio de cómo el arte beneficia a la salud mental, describe al arte como “un medio para que los participantes exploren y comprendan sus sentimientos, y desarrollen estrategias de afrontamiento alternativas” (p. 29)⁵.

Esto ha dado en que se estimulara el interés por la actividad artística en el contexto hospitalario, y que ha hecho su ingreso principalmente por tres vías de acceso: los beneficios terapéuticos de las artes, las mejoras ambientales de los servicios de salud, y la producción de formas creativas de informar sobre salud (Macnaughton, White y Stacy, 2005).

Específicamente, la creatividad artística al servicio de la mejora de la experiencia de hospitalización es el tema sobre el que se concentra la

⁴ Traducción del autor.

⁵ Ibid.

presente tesis. Tal como se exponía más arriba, si una experiencia percibida negativamente puede dar cabida a experiencias positivas y de enriquecimiento personal, es lo que intentaremos explorar aquí.

4. Justificación, interés e implicancias del presente estudio.

El rol que puede desempeñar el desarrollo de actividades de creatividad artística en el contexto hospitalario, y cómo puede incidir en la experiencia de hospitalización es un tópico que recientemente ha comenzado a recibir la atención de estudios y producción de evidencia (ACE, 2004; Daykin et al., 2008; Matarasso, 1997; Mowlah et al. 2014; Palmer, 2004; Putland, 2008; Staricoff, 2004; Walsh y Minor-Schork, 1997) y, en España, más específicamente se ha estudiado el impacto de la transformación del espacio hospitalario mediante instalaciones artísticas (Ullán y Belver, 2008; Ullán et al, 2012), pero no se cuenta aún con trabajos de las características del presente en el contexto español con población psiquiátrica adolescente. Por ello, el interés de esta investigación se centra en explorar si la creatividad artística es una herramienta extra médica válida para el mejoramiento de la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en adolescentes psiquiátricos hospitalizados. Las definiciones sobre CVRS varían, pero mayoritariamente coinciden en dos pilares fundamentales (Eiser, Mohay, y Morse, 2000; Eiser y Morse, 2001): la CVRS es subjetiva

y, por tanto, debe ser evaluada desde la perspectiva del paciente (siempre que sea posible); y la CVRS es un constructo multidimensional que integra un amplio rango de resultados. De esta forma, una definición general de la CVRS (Leidy, Revicki y Genesté, 1999), la describe como la percepción subjetiva del impacto en el estado de salud, incluyendo la enfermedad y el tratamiento, sobre el funcionamiento físico, psicológico y social

Por lo tanto, ¿por qué es importante realizar este estudio? Lo podemos resumir en los siguientes motivos:

- **Bienestar social:** este es el principal motivo que guía esta tesis. Existe una creciente necesidad social de mejorar las condiciones de hospitalización, especialmente en niños y adolescentes. El presente estudio se centra en aportar una forma de atenuar los efectos negativos de la hospitalización mediante vivencias positivas y enriquecedoras en el contexto hospitalario. En este sentido, la creatividad artística se presentaría como una herramienta de mejora de la CVRS de adolescentes hospitalizados.

- **Transformación organizacional:** Exploraremos aquí si es posible modificar la representación social simbólica que tiene un hospital, para los adolescentes participantes. Esto puede tener implicancias de interés para el

personal sanitario y autoridades hospitalarias. La representación simbólica negativa de la que gozan los hospitales, puede disminuir mediante la realización de actividades gratificantes y enriquecedoras, que en última instancia ponen de manifiesto los aspectos más sanos de la personalidad de los pacientes.

- **Desafío metodológico:** El estudio de la creatividad desde la perspectiva psicológica y psicosocial ha estado fuertemente asociado a metodologías tendientes al control de variables, esto es, de estudios experimentales. Esto ha llevado a una concepción controlada de la creatividad, que al momento de estudiarla en contextos reales, se ve desafiada. Tal como menciona Mayer (1999), uno de los mayores desafíos en los estudios de creatividad, está en su análisis en contextos reales y el desarrollo de nuevas conceptualizaciones. En el presente estudio no se realiza un estudio de la creatividad en sí misma, sino como una herramienta que, orientada a través de la actividad artística, se pone al servicio de la mejora de las condiciones de vida en un contexto real, el hospital. Esto supone un desafío metodológico de adaptación a las condiciones que impone el contexto, lo cual lleva a innovar en términos metodológicos y conceptuales.

- **Aporte al avance del conocimiento:** La originalidad estriba en que aún no se cuenta con estudios que aporten evidencia empírica de los efectos

de la práctica de actividades de creatividad artística en la experiencia de hospitalización psiquiátrica adolescente en España. Este estudio constituye la apertura de un nuevo campo multidisciplinario aplicado a un contexto real. La interacción entre arte, creatividad, psicología y hospitalización psiquiátrica de adolescentes es un campo no explorado en España, y que en base a los resultados de este estudio se puede afirmar que constituye una demanda por parte de los pacientes y personal sanitario.

Entre las implicaciones que puede tener este estudio, la más significativa es que el bienestar hospitalario puede beneficiarse con actividades extra médicas y extra farmacológicas. Esto supone una concepción de la salud que excede el bienestar físico y la ausencia de dolor, una salud también comprendida en términos de adaptación, comprensión y aceptación. Lo que conlleva a la diagramación de tratamientos que excedan los aspectos puramente biológicos, para integrar los emocionales y cognitivos.

Esta implicación tiene alcances en ambos campos: el artístico y el hospitalario. Si la creatividad artística puede encauzarse hacia un beneficio social, hacia mejorar las condiciones de vida de la gente, salir del atelier del artista o del silencio de los museos para ingresar en la sociedad como una herramienta activa al servicio del bienestar social, entonces el arte pasa a tener un rol aún más importante en nuestras sociedades. A modo de ejemplo, los efectos de la creatividad artística pueden intervenir en el

diseño de políticas públicas, en este caso de la sanidad. Entre los activos potenciales de la creatividad se encuentran: 1) es posible desarrollarla en todas las personas, 2) no es intrínsecamente nociva, y 3) es económica.

5. Objetivos del presente estudio

El objetivo central del presente trabajo es analizar la influencia de la realización de actividades artísticas en adolescentes que experimentan hospitalización debido a motivos psiquiátricos.

Más específicamente:

- Explorar la vivencia subjetiva de la experiencia de hospitalización de los adolescentes internados.
- Explorar la vivencia subjetiva de la experiencia de los talleres de creatividad de los adolescentes internados.
- Analizar los efectos que conlleva, tanto para el personal sanitario como para los pacientes, la realización de talleres de creatividad artística en el contexto de hospitalización.

6. Preguntas investigativas

Teniendo en cuenta el objetivo establecido para la investigación, para cuya obtención se aplica la metodología expuesta, se presentan en esta sección las preguntas investigativas que guían el presente estudio. Las mismas se condensan en tres grandes preguntas que, en algunos casos, se desglosan en preguntas más específicas:

A) *¿Cómo experimentan los adolescentes la hospitalización y qué sentido cobra para ellos la participación en los talleres de creatividad artística durante su internación en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón?*

- a) ¿Cómo experimentan los adolescentes la hospitalización?
- b) ¿Cómo experimentan los adolescentes los talleres de creatividad en el contexto de hospitalización?
- c) ¿Los talleres de creatividad establecen un corte con la experiencia de hospitalización?
- d) ¿Con qué emociones asocian los talleres de creatividad?
- e) ¿Qué espacio simbólico pueden ocupar los talleres?

B) ¿Qué efectos conlleva, tanto para pacientes como personal sanitario, la realización de los talleres de creatividad artística en el contexto de la hospitalización?

a) ¿Pueden asociar los adolescentes los talleres de creatividad a una experiencia positiva?

b) Según la opinión del personal y pacientes ¿los talleres de creatividad artística resultan beneficiosos durante la estancia hospitalaria? ¿de qué forma?

c) ¿Es la creatividad artística asociada por el personal sanitario a un fenómeno de promoción de salud o producto de la enfermedad?

d) ¿Se identifica en la descripción que realizan los adolescentes sobre su experiencia en los talleres alguna característica del estado de flujo?

e) ¿pueden los talleres ser una herramienta formativa?

C) ¿La heterogeneidad de enfermedades psiquiátricas obstaculizará el desempeño de los adolescentes, y por tanto, el desarrollo de los talleres?

a) ¿Serán los adolescentes capaces de focalizar la atención?

b) ¿Será posible lograr la estructuración como grupo?

7. Estructura del trabajo

Luego de la presente **introducción**, el trabajo se estructura en dos grandes partes: la primera destinada a la “**Bases conceptuales y revisión de la literatura**” y a la presentación de la “**Metodología**”; y la segunda al “**Análisis de los resultados**”, “**Conclusiones**” y “**Discusión**”.

El capítulo “Bases conceptuales y revisión de la literatura” está destinado a repasar y analizar críticamente los principales conceptos que nutren el *corpus* del presente estudio. Para ello, se realiza una revisión de la literatura hasta el estado de la cuestión de cada uno de ellos, procurando retratar su interacción actual en el campo de estudio de la presente tesis.

El capítulo “Metodología” está dedicado a recorrer el marco metodológico, epistemológico, y ontológico en el cual se enmarca el presente estudio, para luego exponer el procedimiento de la investigación y el método de análisis de datos.

La estrategia metodológica general del presente estudio se puede sintetizar de la siguiente forma: se realiza una investigación que transita por un camino metodológico cualitativo, y que efectúa una combinación cuali-cuantitativa a nivel de técnicas investigativas, más específicamente para el análisis de fiabilidad de los datos a analizar.

El capítulo “Resultados” se subdivide en los diferentes hallazgos realizados por la intervención en relación a las preguntas investigativas realizadas.

En el capítulo “Conclusiones”, se exponen los principales hallazgos del presente estudio y en el capítulo “Discusión” se reflexiona sobre los resultados para un más acabado entendimiento, a la vez que se plantean líneas futuras de investigación.

El trabajo presenta luego las referencias bibliográficas consultadas, y finalmente los anexos en donde se ubican elementos técnicos de detalle, de forma de no entorpecer el tránsito del lector en el cuerpo del trabajo.

***BASES CONCEPTUALES
Y REVISION DE LA
LITERATURA***

1. Introducción

En el presente capítulo se presentan los conceptos principales que sostienen la fundamentación de esta tesis. Para ello, se realiza una breve revisión de la producción científica, orientada al ámbito objetivo de la presente investigación. El mayor énfasis está puesto en las investigaciones que han desarrollado estos conceptos, y el estado de la cuestión.

Un supuesto que guía esta tesis es que las actividades artísticas implican la puesta en juego de la creatividad, y que ésta conlleva la experimentación de un estado de flujo que brinda una sensación placentera. La puesta en práctica de la creatividad y el estado de flujo puede representar una experiencia positiva durante el proceso de hospitalización, y quizás ser un elemento a tener en cuenta en la mejora de la experiencia subjetiva de la hospitalización, conceptualizada a partir del concepto de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS). Por ello, en la presente revisión bibliográfica se profundiza en la producción científica de cada uno de estos conceptos: la creatividad, la teoría del flujo, la hospitalización, la calidad de vida relacionada a la salud, y el arte en el contexto sanitarios.

2. La creatividad

En la presente tesis se recurre al concepto de creatividad como elemento esencial en el diseño y realización de los talleres artísticos para adolescentes hospitalizados. Dado que de la actividad artística nos interesa especialmente la potencialidad de puesta en práctica de la creatividad es que nos concentramos en la producción científica que se ha realizado sobre este concepto hasta la actualidad.

2.1. Antecedentes

Hasta 1950 los estudios sobre creatividad en psicología eran dispersos y pocos sistematizados. Pero, a partir de esa fecha, se da un cambio fundamental en las aproximaciones a la creatividad. El mismo está indiscutiblemente asociado a la persona de J. P. Guilford, quien en 1950 es nombrado presidente de la Asociación Americana de Psicología. Ese mismo año publica un artículo en el que expone que de 121.000 artículos publicados en la reconocida revista *Psychological Abstracts* entre 1920 y 1950 solo 186 estaban vinculados a la creatividad, menos de 2 por 1000 (0,15%) (Guilford, 1950).

Guilford, interesado personalmente en el tema de la creatividad impulsó fuertemente su investigación en los Estados Unidos.

Hasta 1980 la principal línea de investigación en creatividad se centraba en develar las características de personalidad del creador (Feist y Runco, 1993). Con el tiempo y avance de los estudios, se comprendió que esto resultaba en un reduccionismo que tenía sus bases en aspectos metodológicos y epistemológicos, así como un efecto de los patrones culturales individualistas propios de los estudios llevados a cabo en los Estado Unidos durante esa época (Montuori y Pruser, 1997).

El resultado actual es la proliferación de estudios que, partiendo de la psicología, buscan rescatar distintas dimensiones de la creatividad (organizacional, social, cultural) integrando marcos teóricos de otras disciplinas, tales como la psicología social, sociología, antropología, y economía. Esto ha supuesto una constante redefinición del concepto de creatividad, así como de los enfoques metodológicos aplicados a su estudio, todo lo cual se encuentra actualmente en plena evolución, si bien ya ciertas bases se han sentado (Mayer, 1999).

Es así que, desde 1980 hasta la fecha se ha comprendido que la creatividad es un fenómeno complejo y multidimensional, que excede las características de personalidad del creador, y su explicación es más completa cuando las aproximaciones buscan rescatar la interacción de diferentes componentes.

Sternberg (1999), realiza una clasificación histórica sobre los distintos abordajes científicos de la creatividad y concluye que existen cuatro modelos que han sido los que han sorteado las barrera unidisciplinaria, denominándolos aproximaciones confluentes. Los modelos confluentes para el estudio de la creatividad son: el modelo de componentes de Teresa Amabile (1985, 1996), el enfoque de sistemas evolutivos de Howard Gruber (1981, 1984), el modelo de sistemas de Mihaly Csikszentmihayli (1988, 1996), y la teoría de la inversión de Sternberg y Lubart (1991, 1997)⁶. Es en base a estos cuatro modelos que damos forma a la conceptualización de creatividad en la que se basa nuestro estudio.

2.2. Conceptualización de creatividad ajustada al contexto de la investigación

El contexto tiene mucho que decirnos sobre la creatividad, alcanzando máxima significación el espacio y el tiempo en la consideración que se tenga del fenómeno creativo. Ciertas investigaciones en creatividad nos informan que la misma no es comprendida y practicada de la misma forma por distintas culturas (Lubart, 1999; Raina, 1993), y que no tener en cuenta esto conduce a una posición etnocéntrica.

⁶ Un análisis en profundidad de estos modelos y su síntesis fue realizado por el autor de esta tesis para el DEA (Pascale 2005a). Ver síntesis esquematizada de los modelos confluentes de creatividad en Anexo 1.

Asimismo, la definición de creatividad no puede transformarse en “contextocéntrica”. No podemos definir de igual forma a la creatividad en el ámbito de la empresa, que en el del arte infantil.

La necesidad de realizar investigaciones regionales (en tiempo y espacio determinado), en contextos focales, y su relación con otros contextos, así como interculturales, resulta un desafío a los estudios en creatividad (Mayer, 1999).

En base a la revisión de la literatura y evidencia empírica, se ajusta una definición conceptual que enmarque el alcance de la noción a efectos de la intervención.

La mayoría de autores rescata dos conceptos generales fundamentales inherentes a toda definición de creatividad: la producción de algo novedoso y valorado a la vez (Amabile, 1985; Csikszentmihalyi, 1996; Gruber, 1984; Simonton, 2003; Sternberg y Lubart 1997; Runco, 2004).

En términos más específicos, esto supone en el presente trabajo, y a efectos de la elaboración y desarrollo de las actividades artísticas, las siguientes bases conceptuales:

1. Se entiende que la creatividad es un *continuum*, esto es que todos poseemos capacidades de desarrollarla en diferente grado. La gradación se complementa con el concepto de valor. Entonces, los

grados de creatividad alcanzada por un producto dependerán de la valoración que el mismo tome.

2. La importancia de la motivación intrínseca para la ejecución creativa. Por lo que se evitan actitudes de motivación extrínseca controladora (Amabile, 1996) pues socavan la creatividad. En todo caso, se utilizan estrategias de motivación extrínseca informativa o facilitadora.
3. Se parte de una perspectiva del producto desde el momento que nos concentramos en la elaboración de obras artísticas que luego son evaluadas por los monitores. Pero, tal como menciona Simonton (2003), si bien la creatividad se plasma en un producto, la misma comprende las dimensiones de la persona y proceso. Esto es, se asume una perspectiva de creatividad que integra tres componentes esenciales: (a) los productos que contienen las ideas creativas; (b) las personas que conciben esas ideas, (c) los procesos que esas personas han seguido para alcanzar el producto.
4. En el diseño de las actividades artísticas se contempla la necesidad de que los participantes asuman riesgos sensibles que fomenten la creatividad. Esto, dentro del contexto de la Unidad de psiquiatría significa dejar un espacio dentro de cada tarea para que sean ellos mismos quienes moldeen los conceptos afines a la obra de su

creación, sin restricciones a su creatividad. Tal como han demostrado estudios, asumir riesgos supone uno de los componentes principales de la creatividad (Amabile, 1995; Sternberg y Lubart, 1997).

5. El conocimiento juega un rol importante en la creatividad (Csikszentmihalyi, 1998; Gruber, 1984; Sternberg y Lubart, 1997).

Resulta muy difícil ser creativo en un dominio, son antes tener un conocimiento de ese dominio y sus avances. Csikszentmihalyi (1999) lo sintetiza así: el trabajo creativo es 99% transpiración y 1% inspiración. Por ello, en este estudio, previo a embarcarse en la realización de obras se les realiza a los participantes una formación interactiva sobre los conceptos, técnicas y demás conocimientos necesarios para desarrollar la tarea.

6. Por último, en el contexto de la creatividad en la hospitalización adolescente, ajustamos los términos de utilidad y solución (ambos importantes en creatividad) a la situación que experimentan los participantes. De allí que, la utilidad pueda ser la distracción, la concentración, el cambio en la percepción del tiempo y el espacio. En tanto que, la solución devendrá de cómo sea definido el problema. Si por problema definimos los efectos negativos de la hospitalización, y la actividad creativa puede ofrecer soluciones a

este problema, entonces encontramos que lo “apropiado” debe ajustarse a cómo sean definidos los términos de utilidad, y problema.

2.3. Creatividad y flujo

Mientras que la psicología se ha concentrado fundamentalmente en los desórdenes mentales y la forma de resolverlos, el campo de la psicología positiva se ha abocado a la exploración de lo que nos hace felices y realizados.

En este contexto, Csikszentmihalyi (1975) comenzó a investigar sobre la pregunta de ¿por qué la gente se compromete con actividades de las cuales no obtiene recompensas externas? Indagar qué nos hace felices le llevó a interesarse primeramente por la relación entre el dinero y la felicidad.

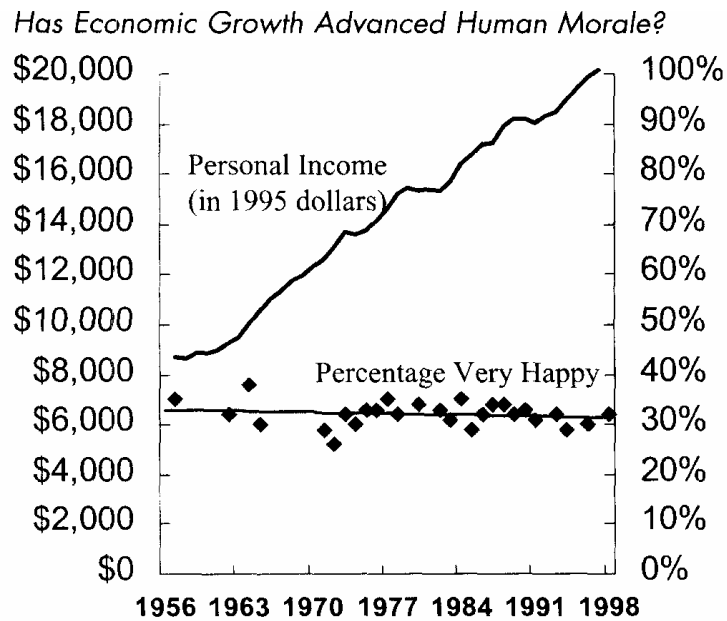


Figura 1: Datos de ingreso en dólares (Personal Income) del U.S. Commerce Department, Bureau of the Census, y datos de felicidad (Percentage very happy) del General Social Surveys, National Opinion Research Center, University of Chicago. Citado en Myers (2000).

Como muestra la figura 1 el porcentaje de personas que se reportan como muy felices ha descendido desde 1957 a 1998 desde un 35% a un 33% en Estado Unidos, al mismo momento que pasan a ser el doble de ricos. Esto significa que el dinero (recompensa externa) no se asociaba a la felicidad, o lo que es lo mismo, la felicidad es independiente de la recompensa externa.

Indicadores como éste, han llevado a Csikszentmihalyi (1975) al desarrollo del concepto de flujo, como una experiencia que sí se asocia con la felicidad. Resumidamente, el *fluir* es una sensación holística que sienten las personas cuando actúan con total compenetración con la tarea y que se

alcanza cuando todos los contenidos de la conciencia se encuentran en armonía entre sí y con las metas que define el *self* de la persona (Csikszentmihalyi, 1998).

La descripción de este estado experiencial fue ofrecido por primera vez en Csikszentmihalyi (1975) referido a testimonios durante actividades como la escalada, el ajedrez, el baile, etc., e informado para diferentes culturas (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1988). En el caso concreto de artistas y científicos Klein, (1990) reunió varios ensayos donde se testimoniaba la experimentación del estado de flujo al momento de realizar las actividades propias de su profesión.

La investigación sobre el flujo ha sido llevada a cabo en diferentes campos incluyendo: deporte (Jackson, 1995, 1996; Jackson y Csikszentmihalyi, 1999), ejercicio (Grove y Lewis, 1996), aventura (Delle et al., 2003), trabajo (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998), interpretación artística (Byrne, MacDonald y Carlton, L 2003), y contextos educativos (Gunderson, 2003). Inclusive, Csikszentmihalyi ha demostrado que la experiencia de flujo es un componente esencial en la producción creativa tanto de grandes creadores, como de experiencias cotidianas (Csikszentmihalyi, 1997).

Algunos componentes que implican la estructuración del flujo son:

- a. **Para el desarrollo del flujo debe existir un equilibrio entre los desafíos y las habilidades** del actor. Massimini y Carli (1986), encontraron que este equilibrio debe ser por encima de determinado umbral. Esto es, si la persona posee habilidades altas y los desafíos son bajos, probablemente no ingrese en un nivel de flujo y sí en uno de aburrimiento. Mientras que, si las habilidades son bajas y el desafío es alto, ingresará en un nivel de ansiedad y no de flujo. A la vez que, si las habilidades son bajas y los desafíos son bajos, se ingresa en apatía. Para que se produzca el flujo las habilidades y los desafíos deben estar en equilibrio y por encima de determinado nivel (habilidad media y desafío medio de la persona).
- b. **Las metas deben ser claras y el *feedback* inmediato.** Como menciona el autor (Csikszentmihalyi, 1998), un juego sin reglas, sin un modo de evaluar la ejecución, sería imposible de jugar. El *feedback* inmediato es lo que permite el disfrute del trabajo que se está haciendo, y evaluar si se lo está haciendo bien o no.
- c. **Alta concentración.** Se invierte toda la atención en la actividad que se ejecuta en el momento, y las preocupaciones de la vida cotidiana desaparecen momentáneamente.
- d. **Sentido de distorsión del tiempo.** La alta concentración hace que no se perciba el tiempo cronológico de la misma forma que en otras

situaciones. El reloj no sirve como análogo a la calidad temporal de la experiencia (Csikszentmihalyi, 1998).

- e. **En los niveles más altos de flujo las personas experimentan una trascendencia del *self*.** Esto es, dejan de estar conscientes de su *self*, el cual pasa a fundirse con el entorno y la tarea.

Como se aprecia a partir de los componentes, el flujo tiene un fuerte aspecto funcional, en el sentido de que cuando las personas lo experimentan están altamente concentradas y óptimamente desafiadas, a la vez que están en control de la acción. Este estado funcional es el que permite explicar el motivo por el cual las personas están comprometidas con las tareas y no pendientes de la recompensa externa. Por este motivo Csikszentmihalyi y LeFevre (1989) han referido al flujo como “experiencia óptima” o, en palabras de Moneta y Csikszentmihalyi (1996):

“El flujo se define como un estado psicológico en que una persona siente simultáneamente eficiencia cognitiva, motivación y felicidad” (Moneta y Csikszentmihalyi, 1996, pp 277)⁷.

En este sentido, se ha estudiado la relación entre flujo y bienestar, que Moneta (2004) resume como:

⁷ Traducción del autor.

“La teoría del Flujo constituye una síntesis de los enfoques hedónico y eudaimónico del bienestar subjetivo. Consistente con el enfoque hedónico, la Teoría del Flujo sostiene que el flujo tiene un impacto directo sobre el bienestar subjetivo por fomentar la experiencia de felicidad en el aquí y el ahora. Consistente con el enfoque eudaimónico, la Teoría del Flujo sostiene que el flujo tiene un efecto igualmente importante en el bienestar subjetivo por fomentar la motivación para enfrentar y dominar tareas de dificultad creciente, así como generar un incremento organísmico. En particular, la Teoría del Flujo que la frecuencia e intensidad del flujo en las actividades cotidianas determina el punto hasta el que una persona logra una felicidad sostenida mediante el esfuerzo deliberado, y en última instancia su potencial de crecimiento” (Moneta, 2004, pp 116)⁸.

Más recientemente, se ha demostrado que el flujo es un estado psicológico que puede ser reportado neurológicamente, cuando las estructuras cerebrales encargadas de la introspección autorreflexiva se han visto inhibidas cuando la tarea requería una alta demanda (Goldberg, Harely Malach, 2006). Por lo que, como ya fue mencionado más arriba, el flujo será experimentado cuando la demanda situacional y las habilidades sean altas.

⁸ Ibid

2.3.1. Medición del estado de flujo

Al flujo considerarse un estado de conciencia subjetivo, no parecen existir aún investigaciones que puedan evaluarlo mediante métodos que no impliquen un auto-reporte por parte del sujeto que lo vive. Como menciona Rathunde (1998), es la interpretación subjetiva de la situación, mediante la descripción de la propia experiencia mientras se participa de un juego determinado, que se puede analizar el modo en que las reglas del juego ayudan a favorecer y estructurar la experiencia del flujo. Esto es, la observación de personas no parece constituir aún un método fiable en la demostración del estado de flujo de los observados, sino la interpretación subjetiva de la experiencia.

Igualmente se ha desarrollado un método que permite aproximar una aproximación a su medición. El instrumento que existe para la medición del flujo se denomina *Experience Sample Method* (Método de Muestreo de Experiencia, MME) desarrollado por Csikszentmihalyi, Larson y Prescott (1977). El mismo ha estado sujeto a leves variaciones pero sigue constituyendo la forma conocida para medir el flujo.

2.3.2. Modelo de Flujo

El flujo ha sido definido operacionalmente de acuerdo al modelo propuesto por Csikszentmihalyi (1975). Este modelo propone que el flujo ocurre cuando la persona percibe un equilibrio entre el desafío de la actividad y su propia habilidad (figura 2).

Dado que el modelo demostró ciertas inconsistencias teóricas, fue reformulado por Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi (1988). Este nuevo modelo (figura 3), denominado “modelo de cuatro canales” (*four channel model*) propone que el flujo se experimenta únicamente cuando tanto el desafío como las habilidades son altas.

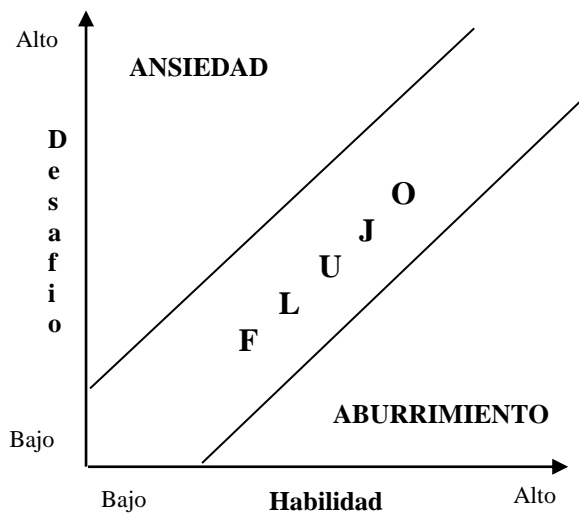


Figura 2. Modelo de flujo original (Csikszentmihalyi, 1975)

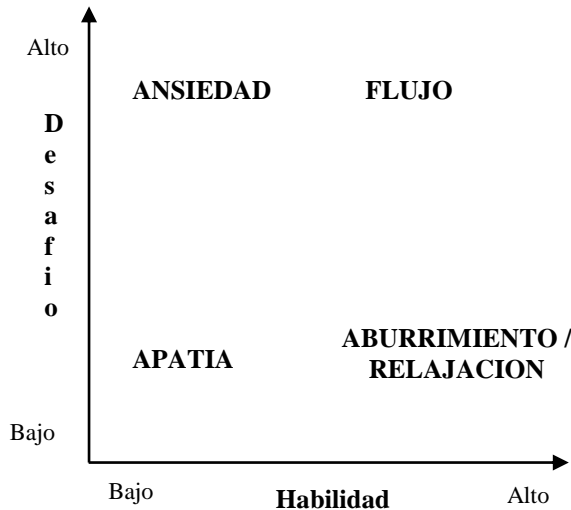


Figura 3. Modelo de flujo reformulado (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi 1988)

2.3.3. Ajustando al noción de flujo al contexto de la investigación

La relación entre creatividad artística, flujo y la presente intervención encuentra su justificación principalmente al momento de diseñar y ejecutar los talleres de creatividad artística siguiendo el criterio de Actividad Voluntaria Estructurada (Csikszentmihalyi y Larson, 1984; Larson, 2000) que se define como actividades que son voluntarias e implican algún grado de estructuración, esto es, la participación ocurre dentro de un sistema que contiene reglas y objetivos. Ejemplos de estas actividades son los deportes, las artes, hobbies o participación en organizaciones. Se ha hallado que este tipo de actividades en adolescentes, reportan una mayor concentración que se asocia a una alta motivación intrínseca (Csikszentmihalyi y Larson, 1984; Larson y Kleiber, 1993). A modo de ejemplo, vemos una

comparación entre la experiencia durante la actividad artística, de hobbies u organizaciones, comparada a la experiencia de la actividad en clase (no actividad voluntaria):

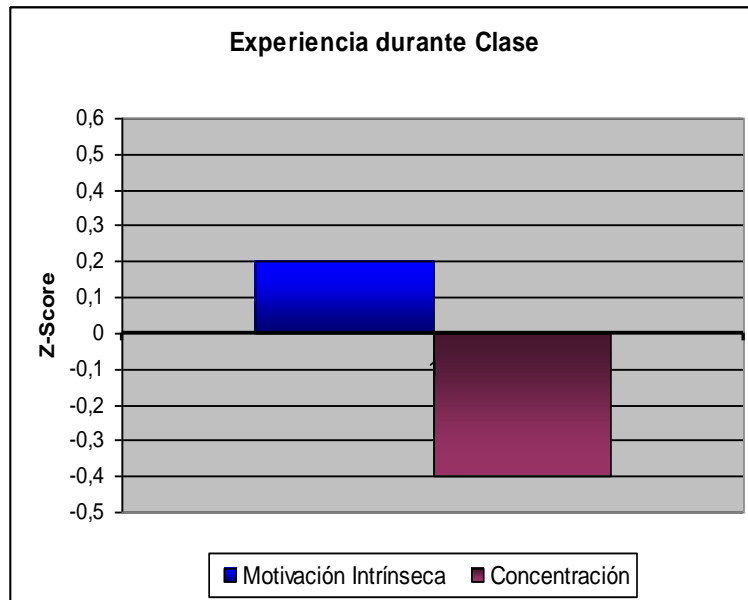


Figura 4. Motivación intrínseca y concentración durante la clase (Larson, 2000)

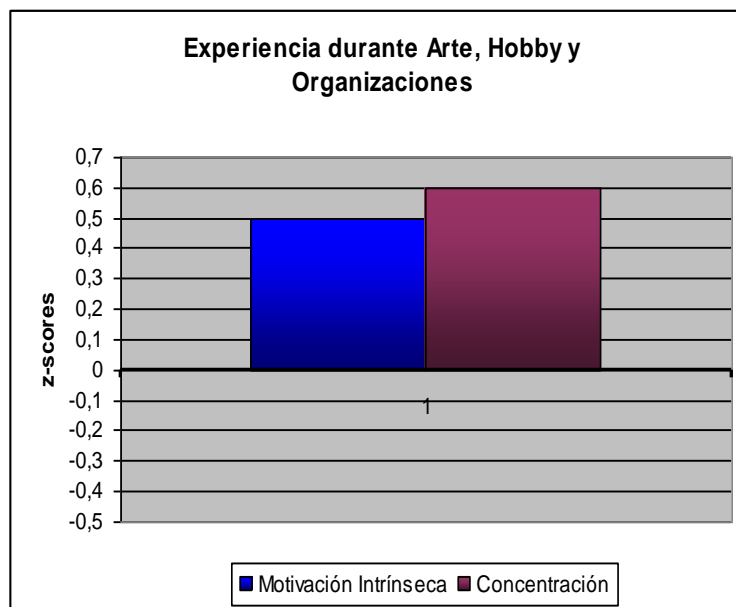


Figura 5. Motivación intrínseca y concentración durante actividad artística y hobby (Larson, 2000)

Esta concurrencia entre motivación y atención es lo que Gibson y Rader (1979) han denominado “atención autogenerada” que es la atención que el adolescente dirige por sí mismo. La experiencia en este tipo de actividades también refiere a lo que Csikszentmihalyi (1975, 1990) ha denominado “Flujo” (Larson, 2000). Como se ha visto en el capítulo anterior, la noción de Flujo constituye una de las bases teóricas de la presente intervención, pues se estima que su generación se deriva de la actividad creativa, y proporciona una sensación de bienestar, que es el objetivo último de la presente investigación.

3. Calidad de Vida Relacionada a la Salud.

El concepto de calidad de vida (CV) compone un eje principal de la presente investigación, pues el mismo constituye el marco de referencia sobre el que se evalúan los efectos de los talleres de creatividad artística en adolescentes hospitalizados.

Específicamente, nuestro interés se concentra en la denominada Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), pero para llegar al mismo primeramente debemos recorrer el camino que se inicia con el concepto de calidad de vida, y de allí a CVRS, para más adelante concentrarnos en calidad de vida de pacientes psiquiátricos adolescentes.

Aproximadamente unas 100 definiciones y modelos de calidad de vida han sido identificadas en una revisión de este concepto (Best, Cummins y Lo, 2000).

A pesar del elevado número de definiciones, la expresión calidad de vida es una idea relativamente reciente, y que se ha ido complejizando velozmente.

El concepto hizo su primera aparición en Estados Unidos en la década de 1950. En una primera instancia fue definida como un buen estándar de vida en la nueva sociedad consumista; principalmente en la adquisición de electrodomésticos modernos, automóviles, y casas. En 1960, la comisión del Presidente Eisenhower expandió el concepto integrando la educación, salud, bienestar, economía, crecimiento industrial y la defensa del mundo libre (Fallowfield, 1990).

El concepto de calidad de vida se distingue habitualmente del de estándar de vida (*standard of living*) y de bienestar (*well-being*).

En este sentido, la *International Society for Quality of Life* (ISOQOL) define estándar de vida como la medición de la cantidad y calidad de bienes y servicios disponibles para la gente, tal como el Producto Interior Bruto (PIB) *per capita*, la cantidad de médicos por cada mil habitantes, el porcentaje de PIB destinado a salud y educación o el número de teléfonos y televisores por hogares.

En cambio, la ISOQOL define la calidad de vida como el producto de la interacción entre factores sociales, económicos, sanitarios y ambientales que afectan el desarrollo humano y social.

La definición de CV ha sido materia de intenso debate (Eiser y Morse, 2000). Si bien no se ha alcanzado un consenso, la definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) es la más utilizada:

“La percepción que el individuo tiene de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en el que vive, y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y sus preocupaciones” (ONU, 1993).

Si bien la definición de la ONU es ampliamente utilizada, no deja de ser un tanto imprecisa al momento de ser aplicada a situaciones concretas de la vida cotidiana. De allí que, se haya profundizado más en la noción de calidad de vida conceptualizándola como un constructo multidimensional nutrido de diferentes dominios (Aaronson et. al., 1991) que puede incluir tanto perspectivas subjetivas como objetivas (Testa y Simonson, 1996). Los dominios más habituales incluyen el psicológico, físico, social y espiritual.

Asimismo, algunos autores argumentan que la evaluación de la CV debe, a su vez, incluir mediciones del funcionamiento cognitivo, la autonomía, la imagen corporal, y las relaciones familiares (Eiser y Morse, 2001), junto

con las expectativas y experiencias de los propios niños (Carr, Gibson y Robinson, 2001).

Cuando nos centramos en el contexto sanitario, la noción de calidad de vida se entiende como Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), referida al impacto subjetivo y objetivo de una disfunción sobre los aspectos sociales, psicológicos y físicos de la calidad de vida, y que se ven influenciados por la enfermedad individual y su tratamiento (Strand y Russell, 1997).

En las últimas décadas se ha producido un incremento de las publicaciones referidas a la CVRS (Sarvimäki, Stenbock y Hult, 2000). Tal como se aprecia en la figura 6 en PubMed se ha pasado de una publicación en 1990 a 2891 en 2014.

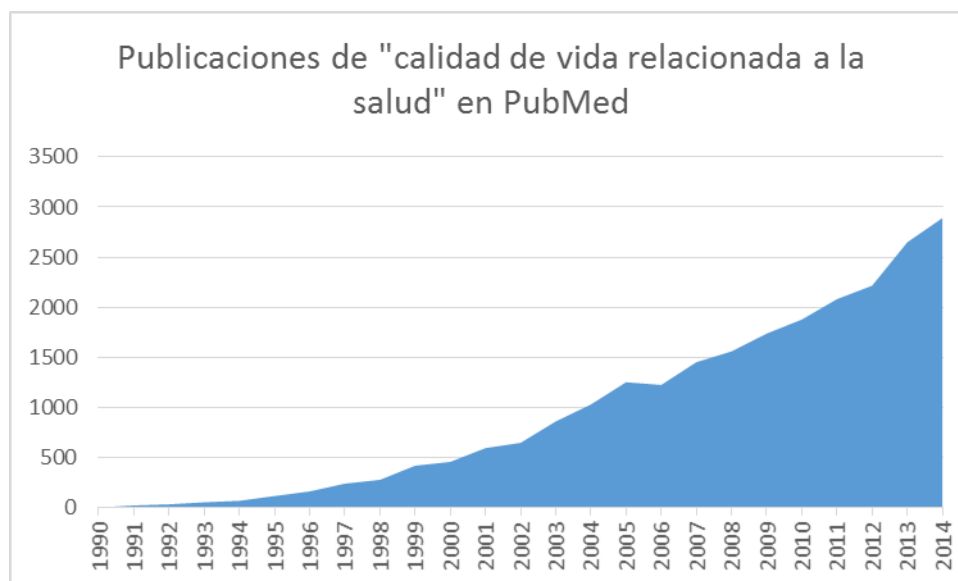


Figura 6. Publicaciones en PubMed sobre “calidad de vida relacionada a la salud” entre 1990 y 2014.

La tendencia actual es a concebir la CVRS desde la propia perspectiva del individuo, por lo que, si bien las definiciones varían, la mayoría posee dos pilares inherentes (Eiser y Morse, 2001, 2000):

1. La CVRS es **subjetiva** y, por tanto, debe ser evaluada desde la perspectiva del paciente (siempre que sea posible);
2. La CVRS es un constructo **multidimensional** que integra un amplio rango de resultados.

De esta forma, una definición general de la CVRS (Leidy, et al., 1999), la describe como:

La percepción subjetiva del impacto en el estado de salud, incluyendo la enfermedad y el tratamiento, sobre el funcionamiento físico, psicológico y social

Esta definición general, también es aplicable a la CVRS pediátrica y, para ello, deberá ajustarse a los aspectos de la vida de un niño que comprendan estos tres niveles de funcionamiento (Matza et al., 2004). Esto es, el funcionamiento físico, psicológico y social de un niño difiere notoriamente del de un adulto, e inclusive difiere significativamente entre niños dependiendo de su edad. De esta forma, para poder ajustar una definición de CVRS pediátrica, serán condicionantes las experiencias, actividades y contextos correspondientes al estadio de desarrollo del niño.

El desarrollo psicosocial en la infancia se produce en buena medida por una interrelación constante del niño con su entorno, generándose una influencia mutua entre el niño y sus múltiples contextos. Brevemente, podemos indicar que en el desarrollo general del ser humano, el papel que desempeña el contexto es cardinal durante los primeros años de vida, tal como lo expresan diversas teorías del desarrollo (Bronfenbrenner, 1979; Vygotsky, 1995). A medida que el ser humano se desarrolla (abstracción del pensamiento, estructuras formales, descentración del objeto, etc.), el papel del contexto –si bien siempre importante- va paulatinamente descendiendo sus niveles de influencia central sobre el desarrollo general.

El niño interactúa en una multiplicidad de contextos (escolar, comunitario, familiar, grupo de pares, etc.) que resultan parte fundamental de su proceso de desarrollo. De esta forma, el rol que desempeña el contexto en la CVRS de un niño es quizás más significativo e influyente que en el de un adulto, dado que la estimulación del contexto es el motor del desarrollo.

A medida que desplazamos nuestra mirada de la salud a la enfermedad, veremos restringida nuestra interacción con el entorno. Esto es, a mayor afectación del estado de salud, menor interacción cualitativa y cuantitativa con los diversos contextos cotidianos.



Por ejemplo, un niño con asma difícilmente pueda participar en actividades deportivas de exigencia física, lo cual le restringe el relacionamiento con el grupo de pares que sí pueden practicar estas actividades, lo que a su vez, puede afectar su autoestima. Como esta, muchas afecciones limitan porciones significativas de relación con el entorno, lo cual nos advierte hasta qué punto el papel de la interacción con el contexto es relevante en el desarrollo del niño, y determinante para su CVRS.

Respecto a la importancia que el relacionamiento de los adolescentes con sus pares tiene en esta etapa del desarrollo es ampliamente aceptada por la investigación que consistentemente ha hallado que los adolescentes son fácilmente influenciados (Maxwell, 2002), especialmente por su grupo de pares (Steinberg y Scott, 2003).

Otro aspecto de interés que ha sido explorado en relación a la CVRS es la percepción de control. La percepción del control es una variable psicosocial que ha sido hallada como influyente en la calidad de vida relacionada a la salud (Mandelblatt et al, 2003; Olajos-Clow, Costello y Loughheed, 2005; Polsky et al, 2002; Préau, et al., 2005; Street and Voigt, 1997). Pero no

hemos encontrado aún bibliografía que vincule la percepción de control en adolescentes a partir de una intervención artística en situación de hospitalización en España.

4. La hospitalización: cuando el paciente es adolescente

La misión de los hospitales es la de suministrar diagnóstico y tratamiento así como los cuidados necesarios para el restablecimiento y la rehabilitación de los enfermos; a la vez que ofrecer servicios de carácter ambulatorio y unidades dedicadas a urgencias.

Paralelamente al seguimiento de estos objetivos, la hospitalización desencadena una serie de efectos a nivel psicológico, social y emocional, la mayor de las veces experimentados como negativos. De esta forma, la experiencia de hospitalización es un fenómeno complejo que implica procesos médicos, psicológicos, emocionales y familiares, tanto en el plazo de internación, como con posterioridad a la misma, y cuyos efectos exceden sus objetivos originales.

En 2002 se estableció como el objetivo prioritario de los sistemas de salud pública garantizar la calidad de cuidados (*Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st century*, 2002).

La necesidad de tratamiento al adolescente como un paciente diferente de otras etapas etarias se ha plasmado en la elaboración de políticas y guías para la atención de adolescentes en hospitales (tabla 1)

Políticas y Guías para el trabajo con adolescentes en hospitales		
Platt H	The Welfare of children in Hospital	1959
Royal College of Paediatrics & Child Health	Report of the Working Care of Adolescents	1985
NAWCH	Setting Standards for Adolescents in Hospital	1990
Department of Health	Welfare of Children and Young People in Hospital	1991
Hogg C	Health Services for Children and Young People. A Guide for Commissioners and Providers	1994
Royal College of Nursing	Caring for Adolescents	1994
Fisher y Kaufman	A position statement of the Society for Adolescent Medicine	1996
House of Commons Health	Fifth Report, Hospital Services for Children and Young People	1997
WHO, UNFPA, UNICEF	Action for Adolescent Health: Towards a common agenda. Recommendations from a Joint study Group.	1997
WHO, UNICEF	A Healthy Start in Life: Report on the Global Consultation on Child and Adolescent Health and Development.	2002
Dirección General de Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo	Ganar Salud con la Juventud	2003

Tabla 1. Políticas y Guías para el trabajo con adolescentes hospitalizados.

En el estudio realizado por Smith (2002) se extrae que la mayoría de las recomendaciones para práctica extraídas de las guías son las siguientes:

Resumen de recomendaciones para la práctica

Todos los pacientes por debajo de 21 años deben ser admitidos en una Unidad para Adolescentes, salvo aquellos casos en que él/ella desee ingresar en una de adultos

El personal sanitario que atiende a pacientes debe tener un conocimiento específico en los temas de desarrollo y estrategias de afrontamiento de adolescentes

Dentro de los Hospitales Generales debe establecerse una Política de admisión para Adolescentes.

Estudios de investigación deben desarrollarse para analizar los resultados psicosociales de la hospitalización de adolescentes, y la evaluación de los servicios existentes

Tabla 2. Resumen de recomendaciones para el trabajo con adolescentes hospitalizados

(Smith, 2002)

En las concepciones actuales de los hospitales, éstos deben centrarse en la calidad de vida de los pacientes, y con una concepción de salud integral con cuidados destinados no solo a dimensiones físicas sino también atención psicológica y social (Swindells et al, 2013; Ullán y Belver, 2008). Por lo que, estas últimas también deberían formar parte de la misión de los hospitales, atendiendo a una concepción de salud que es más que la ausencia de enfermedad. Sin embargo, en España se ha documentado la prácticamente inexistente atención psicosocial a los adolescentes hospitalizados (Ullán y Belver, 2008), lo cual requiere de programas y aproximaciones que procuren generar impactos positivos a nivel social, psicológico y emocional de los adolescentes hospitalizados.

4.1. Efectos de la hospitalización

En general, para el estudio de la experiencia de hospitalización se han realizado cuatro tipos de aproximación: educacional, teórica, informativa y experimental (Denholm y Joschko, 1988)

Como ya hemos visto, la experiencia de hospitalización y sus efectos variarán según el tipo de hospitalización (quirúrgica, oncológica, psiquiátrica, etc.), así como franja etaria del paciente (infantil, adolescencia, adultez, tercera edad).

La adolescencia es una etapa del desarrollo que implica el pasaje de la niñez a la adultez, con todos los cambios que ello supone. El adolescente está preocupado por sus cambios físicos y emocionales, lo cual le desarrolla la percepción de que los demás le están continuamente observando. Esto es lo que Elkind (1984) ha denominado como “audiencia imaginaria”.

4.2. Los efectos adversos de la hospitalización en adolescentes

Se comprende que la hospitalización impacta en el adolescente, principalmente, en aquellos aspectos vinculados a su desarrollo (Gusella, Ward y Butler, 1998, Ullán et al., 2012). En términos generales, el adolescente percibe la hospitalización como un evento amenazante

(Lincoln, 1978). El mayor énfasis puesto por los estudios sobre los efectos de la experiencia de hospitalización se encuentran en relación a la conformación de la identidad, preocupación por su desarrollo físico y apariencia, dependencia, el relacionamiento interpersonal y las habilidades académicas (Blake, 1969; Cogan, Becker y Hofmann, 1975; Elkind, 1985; Kaufman, 1972; Leichtman y Friedman, 1975; Sider y Kreider, 1975; Schowalter, 1983; Thompson y Stanford, 1981). En este sentido, Hofmann et al. (1976) han hallado que el período de 14 a 17 o 18 años es el de menor tolerancia a la hospitalización. Consistente con estudios anteriores, Gusella et al. (1998) han encontrado que entre las desventajas más reportadas por los adolescentes hospitalizados se encuentran: la pérdida de contacto con los amigos, familia y colegio, la pérdida de libertad y privacidad.

Esto hace que su grupo sea especialmente sensible a los efectos de la hospitalización, lo cual reclama estrategias de intervención que ayuden a reducir estos efectos, de especial interés para padres, el personal sanitario y los propios adolescentes.

Igualmente, sería un error asumir que la experiencia de hospitalización es totalmente negativa. De hecho, se ha hallado que los adolescentes pueden reportar beneficios y experiencias positivas (Denholm, 1988; Stevens, 1988), principalmente percibir que el *staff* (enfermeros y auxiliares) ha sido amable y de ayuda, que la experiencia ha sido un aprendizaje, que se han

aliviado de su condición, han hecho nuevos amigos y recibido una atención positiva.

4.3. Hospitalización psiquiátrica adolescente

Denholm y Ferguson (1987) en una revisión sobre la experiencia de adolescentes hospitalizados, han referido a cinco necesidades psicosociales que enfrentan, a saber: privacidad, contacto y visita de pares, movilidad, independencia, y continuidad educativa. En el caso de la hospitalización psiquiátrica la mayor parte de estas necesidades se ven aún más restringidas que en otros casos de internación, dado que las unidades de psiquiatría son cerradas al mundo exterior, y no permiten la fluidez de contacto con familiares que sí permiten otras unidades, y en el caso de contacto con pares generalmente no se permite. La independencia es mínima porque se ejerce un control sobre las acciones constante

En términos de hospitalización psiquiátrica adolescente deben realizarse ciertas apreciaciones que la diferencian de otros motivos de hospitalización. Aquí, el atravesamiento de la salud mental complejiza aún más la experiencia de hospitalización y sus efectos. La complejidad no solo se concentra en la propia experiencia y efectos, sino que también alcanza a

las posibilidades de evaluar tal experiencia, imponiendo un desafío mayor a diseños metodológicos y de intervención.

En primera instancia, el tránsito por su propia adolescencia es ya más complejo en estos pacientes que padecen trastornos psiquiátricos. Sus movimientos de independencia, su experiencia del cuerpo y relacionamiento sexual, su intercambio con pares y familiares, se ven más afectados, en la mayoría de los casos y según la patología de que se trate, que en casos de hospitalización no psiquiátrica. Esto es, el ingreso al hospital se da en los pacientes adolescentes psiquiátricos con una afectación y sensibilización más acusada sobre los aspectos del desarrollo psicológico propio de la adolescencia.

A esto, se suma que las unidades de psiquiatría poseen características que las diferencian de otras unidades del hospital. Estas unidades se encuentran cerradas por motivos de seguridad, aisladas del resto del hospital y tienen normativas muy estrictas, lo que las hacen un dispositivo cuyo entorno se aproxima simbólicamente al penitenciario.

Por último, los pacientes con desórdenes psiquiátricos no siempre son conscientes de su propia enfermedad, como lo son otro tipo de pacientes. Esto puede significar dificultades añadidas en la experiencia de hospitalización que se puede percibir subjetivamente como injustificada.

5. Arte y salud

Comenzaremos por delinear las formas en que las principales concepciones de salud han sido conceptualizadas y criticadas, para a partir de este contexto discutir el surgimiento del campo de las actividades de *arte en la salud*. Posteriormente, nos centraremos en el estado actual del dominio de *arte en la salud mental*.

5.1. La concepción de salud y sus diversas manifestaciones

En los últimos años se ha producido un cambio en la concepción de los determinantes sobre la salud (Simth, 2003). A mediados de la década de 1970 surgió la controversial consideración de que el impacto que los servicios de salud tenían sobre el estado general de salud de los individuos era relativamente bajo (McKeown, 1976). Esto se ha convertido en la actualidad en un pensamiento aceptado, de hecho, se estima que la contribución al estado de salud de los individuos por parte de los servicios de salud ronda el 20% (Wanless, 2002), lo cual deja un alto porcentaje del estado de la salud sin explicar. De hecho, los determinantes más importantes serían: analfabetismo, condiciones de salubridad e ingresos económicos.

A partir de la década de 1970 una nueva concepción de salud emergió “los factores que hacen a la salud conciernen a un sentido de identidad personal y social, el valor humano, la comunicación, la participación en la toma de decisiones políticas, la celebración y la responsabilidad” ⁹(Wilson, 1975)

Más recientemente, una atención especial se ha puesto en el rol que la relaciones sociales desempeñan en el estado de salud, estimándose que la calidad de vida social es uno de los determinantes más poderosos de salud (Wilkinson, 1996), por lo que la salud es algo más que la simple ausencia de enfermedades o disfunciones. Por ello, actualmente se la concibe de una forma más integral al estado de bienestar de una persona (Swindells et al 2013).

5.2. Arte en la salud

El campo del arte en la salud puede ser clasificado de diferentes maneras (Smith, 2003): como “arte para la salud”, “arte y salud”, “arte dentro de la salud”, y “arte en la salud”. A cada una de estas clasificaciones subyacen diferentes aproximaciones y suposiciones.

Indistintamente de sus diferentes categorizaciones, aquí referiremos a “arte en la salud” como el campo en el que se desarrollan todas las actividades

⁹ Traducción del autor.

que utilizan una aproximación basada en las artes con la intención de mejorar la salud en sus distintas dimensiones: individual o comunitaria, la promoción de salud y la asistencia sanitaria, o que pretenden mejorar el ámbito sanitario mediante la dotación de obras artísticas o performances (Macnaughton et al., 2005).

Este enfoque se diferencia del *arterapia* o terapia ocupacional dado que los artistas o educadores artísticos no son terapeutas entrenados, sino profesionales interesados en promover la producción creativa mediante las artes con el objetivo de mejorar la calidad de vida o bienestar de personas en diferentes contextos.

El campo del arte en la salud es actualmente muy diverso, y sus principales líneas de aproximación son: los beneficios terapéuticos de las artes, las mejoras ambientales de los servicios de salud, y la producción de formas creativas de informar sobre salud (Macnaughton et al., 2005).

Un problema común en la evaluación de las artes en la salud es la tensión entre un enfoque instrumental en el que las actividades artísticas son consideradas como una herramienta para cumplir con los objetivos de los patrocinadores, y un enfoque transformacional que confía en el proceso artístico y creativo la producción de resultados (Macnaughton et al., 2005).

Desde 1990 a la fecha, se ha generado suficiente evidencia para poner de manifiesto los efectos beneficiosos del arte en el contexto sanitario (Arts Council England, 2004; Bidwell, 2014; Eisen, Ulrich, Shepley, Varni, y Sherman, 2008; Mowlah et al. 2014; Palmer, 2004; Putland, 2008; Renshaw, 2013; Staricoff, 2004).

Uno de los beneficios más frecuentemente hallado del trabajo del arte en la salud es el aumento de la autoestima (Matarasso, 1997). En Australia, la evidencia de estudios está más asociada a los efectos del arte a nivel comunitario que de contexto sanitario (Oppermann, 1997).

En una revisión de la literatura sobre el impacto de las artes en la medicina, Staricoff (2004) indica que existe una amplia y clara evidencia de las mejoras clínicas de pacientes debidas a la intervención de las artes. Las principales áreas de evidencia son: cáncer, unidades cardiovasculares y de cuidado intensivo o en gestión del dolor y cirugía. En relación a las unidades de cuidados mentales, las mayores mejorías se vinculan a habilidades de comunicación y cambios en el comportamiento.

Por su parte, en una revisión de la literatura sobre la contribución de las artes y cultura al bienestar y salud realizada por Cooley (2003), se concluye que las artes han contribuido a los tratamientos médicos, principalmente mediante la reducción de ansiedad y de la tensión cardíaca en pacientes

quirúrgicos, reducción del dolor en una amplia variedad de enfermedades, mejoras en el desarrollo de recién nacidos con enfermedades críticas, la ayuda a pacientes psiquiátricos para mantenerse mentalmente estables, reducción del estrés en familiares y cuidadores de pacientes, y la creación de espacios físicos mejores.

A pesar de estos resultados, la evaluación es un tópico naciente en el campo del arte en la salud principalmente asociado a estudios puntuales (Angus, 2002, Matarasso, 1997, South, 2004; White y Angus, 2003). Tal como mencionan Hamilton, Hinks, y Petticrew (2003) la evidencia que demuestre el rol de las artes en la inclusión social y la salud aún persiste como una búsqueda del santo grial, por lo que exhortan a producir evidencia científica para movilizar el debate desde un plano de la anécdota a uno del convencimiento de la necesidad de las artes en la salud.

Staricoff (2006) ha analizado diferentes enfoques de evaluación de proyectos o programas artísticos, y su impacto en contextos sanitarios. De su trabajo se extrae que la evaluación de estos proyectos ha provisto de evidencia para indicar que el impacto de las artes mejora la calidad de los servicios de salud y tienen beneficios sobre aspectos clínicos de los pacientes.

En este sentido, Daykin et al., (2008) en su estudio de revisión sistemática de la literatura sobre el impacto de las artes en la salud y comportamiento

de adolescentes, informan que si bien se necesitan más estudios cualitativos y cuantitativos para evaluar el impacto en la salud de las artes, la metodología cualitativa parece ajustarse más para capturar los procesos involucrados en la práctica de las artes de performance en la salud.

La influyente publicación de Matarasso (1997) analiza los beneficios sociales de los proyectos basados en actividades artísticas, indicando el importante rol que las artes desempeñan poniendo casos de estudio en el Reino Unido, Irlanda, Finlandia y Nueva York. Concluye informando que el impacto social de la participación en actividades artísticas trae beneficios:

- A nivel personal: mejora la confianza, las capacidades creativas, y aportan a un crecimiento personal. A su vez, estimula la vida social mediante la amistad, el compromiso comunitario y el disfrute.
- A nivel social: construye la confianza de grupos minoritarios o marginalizados, promueve el contacto y la cohesión social, así como el involucramiento y empoderamiento comunitario. Los proyectos sociales basados en las artes fomentan y proveen de mecanismos para enfoques creativos en la solución de problemas, a la vez que ofrecen oportunidades para la toma de riesgos en un sentido positivo. Y ofrecen un la capacidad de contribuir a la salud y sostén social de personas en estado de vulnerabilidad.

En el año 2002, Richard Smith, editor del *British Medical Journal*, recomendó destinar el 0.5% del presupuesto nacional en salud a las artes, con el objetivo de mejorar la salud de los británicos: “Todos enfermaremos, sufriremos pérdidas, dolor y muerte [...] La salud no tiene que ver con evitar estos acontecimientos, sino con aceptarlos, e inclusive encontrarles un sentido. Si la salud refiere a la adaptación, el entendimiento y la aceptación, entonces las artes pueden ser más potentes que cualquier cosa que la medicina pueda ofrecer”¹⁰ (Smith, 2002).

En este sentido, la asociación entre la actividad creativa y la salud, equipara o excede a la asociación entre ésta última y la actividad educativa o el ingreso económico (Mirowsky y Ross, 2007).

5.3. Arte en la salud mental

En una encuesta realizada por Matarasso (1997) para el estudio del impacto social de las artes, reveló que aproximadamente la mitad (48%) de los encuestados ha informado sentirse mejor o más saludable desde que se involucró en actividades artísticas.

¹⁰ Traducción del autor.

En una encuesta realizada en 1998 por la *Health Development Agency* sobre el rol del arte en las organizaciones sanitarias, produjo un alto número de respuestas que identificaban mejoras en la salud mental.

Por su parte, Appleby et al. (1997) han demostrado que los beneficios de un enfoque no farmacológico pueden ser tan efectivos como la prescripción de antidepresivos.

Asimismo, un estudio con pacientes psiquiátricos dados de alta mostró que aquellos que participaron en actividades creativas tuvieron menos readmisiones al hospital psiquiátrico que los que no participaron en dichas actividades (Colgan, Bridges, Brown y Faragher, 1991). En un estudio realizado en Irlanda del Norte por Heenan (2006) con pacientes con desórdenes mentales concluyó que el programa de arte desarrollado había mejorado en los participantes: la autoestima, la percepción de empoderamiento, y el “espacio seguro” que el arte había generado. Por su parte, Walsh y Minor-Shorck (1997) han evidenciado que la práctica de actividades artísticas con adolescentes hospitalizados por intento de autoeliminación, ha mejorado la imagen de sí mismos y posibilitado la proyección de su identidad a futuro.

Por su parte, una investigación cualitativa llevada a cabo en Inglaterra por Spandler, Secker, Kent, Hacking y Shenton (2007) sobre un programa de artes con personas con diferentes disfunciones mentales concluyó, entre

otras cosas, cómo los participantes reportaban una mayor sensación de libertad y control mediante la práctica de actividades creativas.

En una línea similar, White (2003) en su estudio de cómo el arte beneficia a la salud mental, describe al arte como “un medio para que los participantes exploren y comprendan sus sentimientos, y desarrollen estrategias de afrontamiento alternativas”¹¹.

Las conexiones entre el arte y los patrones de pensamiento adaptativo han sido explorados con detenimiento por la terapeuta ocupacional Jennifer Creek (2001), quien ha demostrado como la exposición a la actividad artística estimula patrones de pensamiento adaptativo, los cuales a su vez benefician a aspectos más amplios de la vida, tales como estrategias de afrontamiento y solución de problemas.

¹¹ Traducción del autor.

METODOLOGÍA

1. Justificación metodológica

En el presente estudio se ha optado por una estrategia metodológica cualitativa. Adicionalmente, en el contexto de esta estrategia general metodológica se ha incorporado una complementariedad cuali-cuantitativa en la fase de análisis de los datos a utilizar.

El objetivo de esta sección es exponer las razones que fundamentan la estrategia metodológica elegida.

La discusión sobre métodos en las ciencias sociales fundamentalmente se ha centrado en el estudio de la pertinencia de los métodos cualitativo o cuantitativo para el estudio de los fenómenos sociales.

Partiremos de la base que propone Bernal (1976) donde afirma que desde el nacimiento ha existido una lucha, unas veces latente y otras activa, entre dos grandes tendencias opuestas: una formal e idealista; la otra, práctica y materialista.

El apoyo en la metodología cuantitativa despliega una importante influencia en las ciencias sociales. En determinados momentos históricos las ciencias sociales han sentido que su estatus de ciencia les era atribuido por la sola aplicación de la matemática y la metodología cuantitativa en general.

Pero a partir de ciertos hallazgos científicos en las ciencias físicas, ha surgido en ellas la necesidad de una revisión del paradigma cuantitativo, dentro del seno de las ciencias sociales. Más precisamente, el principio de incertidumbre y la teoría relativista, que cambiaron para siempre la relación sujeto-objeto, implicaron el abandono de la dominación del paradigma positivista. El principio de complementariedad onda-corpúsculo, desarrollado por Planck, Bohr, Einstein y otros, ha iniciado un debate en las ciencias naturales que las ha trascendido y se ha instalado en las ciencias sociales. Como señala Ibáñez (1990), si la relación onda-corpúsculo es homóloga a la relación cualitativo-cuantitativo, entonces sería preciso reflexionar sobre la complementariedad de ambas perspectivas metodológicas en las ciencias sociales. Nos acercamos así, al punto de partida del presente trabajo: explorar las pertinencias de ambas perspectivas metodológicas y sus posibilidades de complementariedad.

1.1. Complementariedad cuali-cuantitativa

Usualmente, la diferenciación que se establece entre la metodología cualitativa y cuantitativa está vinculada a los métodos utilizados para su estudio y en el grado de control que cada una considera que se debe ejercer sobre el campo (*setting*).

Por un lado, la metodología cualitativa aboga por el estudio en contextos naturales, mientras la metodología cuantitativa considera más válido el estudio en laboratorio. Camic et al. (2003) reflexionan que esta dicotomización agrega un problema de base al falsear los límites entre una y otra. En primer lugar, y considerado desde la perspectiva de la psicología, esta definición que sostiene el naturalismo del contexto de los estudios no es tal, nada tiene de natural un hospital psiquiátrico, una escuela o contexto organizacional. Segundo, poco hay de natural en las acciones de observar y entrevistar a alguien en estos contextos. Tercero, elevar los estudios experimentales y de laboratorio a un plano de pureza y objetividad, donde los valores y errores del investigador quedan fuera de la puerta del laboratorio es realmente problemático. Cuarto, la objetividad como se enseña en muchos textos y clases de psicología es un mito, ya que no existen investigaciones, ni preguntas investigativas, o interpretación de datos que no emanen de un contexto socioeconómico, político, cultural o personal.

Por su parte, Marecek (2003) sostiene que la dicotomización cualitativo-cuantitativo, como todas las dicotomías, es falsa. La construcción del trabajo cualitativo como opuesto al cuantitativo pone de manifiesto una

ignorancia sobre los rasgos comunes a ambos que se entrelazan en una realidad compleja.

En base a lo anteriormente expuesto, en ciencias sociales pueden adoptarse tres posturas: una *cualitativista*, una *cuantitativista*, o una complementaria entre ambas. A las dos primeras Dávila (1995) las llama *triumfalismo cualitativista* e *imperialismo cuantitativista*, donde ambas formas implicarían las dos caras de un mismo reduccionismo.

Por su parte, Ortí (1995), informa que la realidad de la investigación social subraya la insuficiencia de ambos enfoques tomados por separado al momento de comprenderla, ya que los procesos de interacción social y el comportamiento personal llevan implícitos elementos tanto simbólicos como medibles. En consecuencia, propone que la complementariedad se defina no como un capricho a priori, sino sobre las fronteras y límites epistemológicos de las metodologías en el abordaje del objeto, en la adecuación, pertinencia, validez y relevancia de la perspectiva por la que se opte. A esto lo llama *complementariedad por deficiencia*.

Se evidencia así que el problema radica ya desde la formación del investigador, quien debería seleccionar y decidir críticamente el enfoque y técnica que usará en el abordaje del objeto, o de cada aspecto de él. De forma similar, Beltrán (1990b) plantea que la diversidad metodológica en ciencias sociales está vinculada a la multidimensionalidad del objeto. Así,

este *pluralismo cognitivo* va de la mano con un *pluralismo metodológico* que permita acceder a cada faceta del objeto.

Por tanto, la elección metodológica y de técnicas refiere a una dimensión estratégica y táctica, donde el investigador juega un papel central como sujeto, articulando con sentido ambas perspectivas.

De esta forma, ya desde un posicionamiento en perspectivas, ya de lo pautado por los aspectos del objeto, la articulación entre metodología cualitativa y cuantitativa parece ser hoy un reclamo necesario en ciencias sociales, basado fundamentalmente en los límites inherentes a cada una para la comprensión de un objeto multifacético y en constante cambio.

Esta complementariedad puede darse entre métodos cualitativos y cuantitativos, aunque también puede darse en el interior de estas dos grandes categorías. Tomemos el ejemplo de la metodología cualitativa. Como lo precisan Morse y Chung (2003), los métodos cualitativos han sido desarrollados habitualmente dentro del ámbito teórico de una disciplina, de modo de favorecer el crecimiento de determinado conocimiento disciplinario. Pero, si algo caracteriza al objeto de las ciencias sociales es su carácter multifacético, tanto sincrónica como diacrónicamente. Esto hace que cuanto más holístico pueda ser un abordaje, más se rescatarán aspectos del objeto, que de otra manera pasarían a ser ignorados.

La selección de perspectivas metodológicas y de técnicas no se produce en el vacío, sino que en el curso de una investigación en ciencias sociales se corresponde a una negociación entre lo que el investigador quiere y lo que las instituciones o grupos pueden.

En este sentido, Ibáñez (1990) menciona que hay veces en las que hay que renunciar al dispositivo más adecuado de observación por las mismas acciones que le son inherentes. La articulación de perspectivas –dice el autor- puede ser exterior o interior, en paralelo o en serie. Así, cuando investigamos desde un contexto teorematizado se suele seleccionar solamente una perspectiva y una técnica, y cuando se investiga desde un contexto problemático la articulación es necesaria, y más o menos compleja en materia de perspectivas y técnicas. Si la articulación es exterior refiere, por ejemplo, a la utilización de grupos de discusión y encuestas, mientras que si es interior no es intertécnica sino intratécnica: en la misma técnica pueden estar incluidas varias perspectivas.

Esta última es la perspectiva que se utiliza en el presente estudio, donde la combinación entre ambas aproximaciones se realiza a nivel de las técnicas investigativas. En este nivel se puede trabajar con ambas perspectivas (Guba y Lincoln, 1989; Shaffir y Stebbins, 1991).

De esta forma, si bien la presente investigación transita por un camino metodológico cualitativo, se efectuó una combinación de ambas aproximaciones a nivel de técnicas investigativas, principalmente para el análisis de fiabilidad de los datos a analizar.

Los desarrollos precedentes enmarcan conceptualmente las razones por las cuales se ha optado por la estrategia metodológica mencionada al inicio de esta sección.

En primer término, la presente investigación tiene un objeto de estudio multidimensional y polifacético, como lo es analizar la influencia de la realización de actividades artísticas en adolescentes que experimentan hospitalización debido a motivos psiquiátricos.

En segundo término, la intervención empírica, por su parte, fue puntual e inédita.

Tomando en consideración las citadas características del objeto de estudio y el tipo de intervención, se estimó adecuado optar por una estrategia metodológica cualitativa para la recogida de datos, que permitan producir conocimiento sobre el contexto no explorado.

Dado que la intervención es puntual e inédita se ha optado por técnicas cualitativas de recogida de datos que permitan producir conocimiento sobre un contexto no explorado. Posteriormente, durante el análisis de estos datos

se realiza en una complementariedad cuali-cuantitativa donde se ponen en juego métodos simultáneos de análisis que enriquezcan los resultados. Cuando los resultados de los diferentes métodos son incongruentes, el investigador lo pone de manifiesto y realiza un análisis de los posibles motivos.

Las razones por las que se estimó adecuado establecer una interacción de paradigmas han sido principalmente dos:

- 1) la complejidad del objeto de estudio requiere contar con un amplio espectro de perspectivas que permitieran capturar más dimensiones del fenómeno.
- 2) la inexistencia en el caso español de estudios previos de estas características que permitieran la toma de los primeros conocimientos.

2. Diseño de la investigación

El presente es un estudio cualitativo con un diseño pre-post intervención intragrupo A-A, con una recogida de datos de enfoque fenomenológico mediante entrevistas semiestructuradas a adolescentes en las 24 horas previas a la intervención y 24 horas posteriores, así como entrevistas semiestructuradas al personal sanitario, y observación participante

La intervención de talleres de creatividad artística es realizada en un grupo de pacientes psiquiátricos adolescentes, a fin de indagar la percepción del proceso de hospitalización por parte de los mismos, su percepción de los talleres de creatividad artística, así como explorar la influencia que los mismos podrían tener sobre la experiencia de hospitalización. A su vez, se realizaron entrevistas al personal sanitario en las 48 horas posteriores a finalizada la intervención en la Unidad.

2.1. Sinopsis de pasos metodológicos

Previo a la intervención metodológica de la presente investigación, el investigador realizó actividades encaminadas al posterior diseño de la investigación ajustada al contexto y los objetivos de la misma.

Primeramente, se realizó una aproximación al campo de la enseñanza del arte en niños mediante la técnica de observación participante:

1. En el año 2006 el investigador participó como observador participante durante 3 meses en talleres de arte infantil llevados a cabo en el ICO (instituto de crédito Oficial, Madrid), a cargo del MUPAI (Museo Pedagógico de Arte Infantil de la Universidad Complutense de Madrid).

2. En el año 2006 el investigador participó como observador participante durante 2 meses en talleres de arte infantil en el MUPAI (Museo Pedagógico de Arte Infantil de la Universidad Complutense de Madrid).
3. En el año 2006 el investigador participó como observador participante durante 1 mes en talleres de arte infantil llevados a cabo en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), a cargo del MUPAI (Museo Pedagógico de Arte Infantil de la Universidad Complutense de Madrid).

Como se aprecia, el campo de observación se fue especificando de los talleres de arte infantil en contextos diversos, hasta el desarrollo de los mismos en el contexto hospitalario.

Posteriormente, al momento de diseñar la investigación se decidió realizar una intervención de talleres de creatividad artística en un contexto hospitalario, que era el presentaba mayor interés para el investigador.

Se realizaron las negociaciones para iniciar actividades artísticas en la Unidad de Psiquiatría adolescente del HGUGM, las cuales fueron bien acogidas por el equipo directivo de la Unidad. En una segunda instancia se propuso a la dirección de la Unidad la realización de una investigación mediante una intervención basada en el desarrollo de actividades artísticas,

con el objetivo de indagar la percepción del proceso de hospitalización por parte de los adolescentes, su percepción de los talleres de creatividad artística, así como explorar la influencia que los mismos podrían tener sobre la experiencia de hospitalización. La directiva aceptó la propuesta, y la intervención comenzó en julio de 2006.

El equipo de intervención diseñó el contenido de los talleres de creatividad artística (ver anexo I), y el investigador diseñó un guión de entrevista para adolescentes y otro para personal sanitario.

Se realizó una primera aproximación al campo en julio de 2006, con la realización de entrevistas semiestructuradas previas y posteriores al desarrollo de los talleres de creatividad artística. Dichas entrevistas fueron puestas a prueba hasta alcanzar su versión final (ver punto 7.2.1.).

La intervención se llevó a cabo entre agosto de 2006 y julio de 2008, donde se realizaron 100 entrevistas a 50 adolescentes (50 previas y 50 posteriores) y 10 entrevistas semiestructuradas a 10 integrantes del personal sanitario de la Unidad, complementado con la técnica de observación participante de los talleres de creatividad artística y demás actividades de la Unidad.

A continuación se diseñó un método para el análisis de las entrevistas que consta de los siguientes pasos:

1. En base a las preguntas investigativas, se realizaron categorías para analizar las entrevistas. Estas categorías se subdividen en diferentes unidades de análisis, las cuales se organizan en un “diccionario de codificación 1” para el análisis de entrevistas a adolescentes, y un “diccionario de codificación 2” para el análisis de entrevistas al personal sanitario. El mismo se somete a la supervisión de la Prof. Dra. Ana María Ullán (Directora de la presente tesis) y el Prof. Dr. Eugenio Garrido¹². El objetivo del diccionario es permitir una codificación de las entrevistas que habiliten un análisis de contenido posterior, mediante el procedimiento de indicar la presencia de las unidades de análisis en cada una de las entrevistas
2. Con las modificaciones aportadas por ambos supervisores, se construyó una segunda versión de ambos diccionarios de codificación.
3. Se seleccionaron los jueces que realizarían la codificación de las entrevistas. Los mismos fueron seleccionados sobre la base de su especialidad, conformando un equipo multidisciplinario de expertos.
4. Se realizó un estudio piloto de los diccionarios de codificación. Se entregó a uno de los jueces el diccionario 1 para que codifique una

¹² El Prof. Dr. Eugenio Garrido es Profesor Emérito de Psicología Social y Director del Doctorado en el que se enmarca la presente tesis doctoral.

entrevista, y a otro juez el diccionario 2 con el objetivo de verificar la comprensión del sistema de codificación, y el sentido de las unidades de análisis.

5. Se realizó un tercer versión de los diccionarios de codificación con las modificaciones aportadas por ambos jueces conformándose la versión final (Ver anexo II).
6. Se seleccionó una muestra aleatoria de 20 entrevistas a 10 adolescentes, que se entregaron junto con el “diccionario de codificación” a la totalidad de jueces.
7. A su vez, se entregaron las 10 entrevistas al personal sanitario junto con el “diccionario de codificación 2” a la totalidad de jueces
8. Se consultó al Prof. Dr. Ramón Ardanuy¹³, sobre la pertinencia de los métodos de análisis estadístico del acuerdo interjueces.
9. Una vez recibidas las codificaciones de los jueces se procedió al análisis del acuerdo interjueces. En el caso de las entrevistas a adolescentes, el investigador realizó la codificación de las 80 restantes.

¹³ El Prof. Dr. Ramón Ardanuy es Catedrático de estadística de la Universidad de Salamanca.

3. Equipo interventor

El equipo de intervención estuvo formado por dos monitoras licenciadas en Bellas Artes, 1 diseñadora de los contenidos del programa artístico doctorada en Bellas Artes¹⁴, y un investigador doctorando en Psicología Social¹⁵ encargado del diseño metodológico, la recolección de datos y el análisis de resultados.

4. Participantes

Los participantes son adolescentes de entre 12 y 17 años, con una media de edad de 15 años, hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría Adolescente del HGUGM. El total de participantes es de 50 adolescentes (22 hombres y 28 mujeres). Los criterios de inclusión en la investigación para los adolescentes participantes del estudio han sido: que el adolescente fuera paciente de la unidad, que pudiera trasladarse a la sala de entrevistas, y que estuviera en un estado de conciencia suficiente para mantener una entrevista (lo cual era evaluado por el psiquiatra tratante y confirmado por la pregunta 3 de la entrevista).

¹⁴ Dra. Noemí Ávila Valdés.

¹⁵ Pablo Pascale, autor de la presente tesis.

Los criterios de inclusión en la Unidad son que sea residente en la Comunidad de Madrid, y que cumpla con los siguientes criterios del CIE-10:

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes descompensados (F20-29).
- Trastornos del humor (F30-39).
- Otros trastornos del eje I descompensados (ej. TOC, TCA).
- Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia con riesgo de hetero y autoagresividad (F90-98)
- Trastornos adaptativos graves (con riesgo de hetero y autoagresividad) (F43).

En tanto los criterios de exclusión según la clasificación CIE-10 son:

- Retraso mental o trastornos generalizados del desarrollo como diagnóstico único (F70-79 y F80-89).
- Trastornos disociales como diagnóstico único (F91).

- Trastornos mentales y de comportamiento debidos a consumo de sustancias psicotrópicas como único diagnóstico (F10-19).

5. Contexto

Temporalmente, la intervención se realizó entre agosto de 2006 y julio de 2008.

El contexto espacial de la intervención es la Unidad de Psiquiatría Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). Dicha Unidad forma parte del Departamento de Psiquiatría HGUGM, hospital perteneciente a la Comunidad de Madrid que presta servicios a la población de referencia del Área sanitaria 1. Sin embargo, la Unidad es un recurso *supraárea*, por lo que cubre la hospitalización de adolescentes de las áreas sanitarias 1, 3, 4, 5, 6, 9 y 11 de la Comunidad, con un total de 3.786.572 habitantes. De esta población se estima que unos 658.382 tienen edades comprendidas entre los 12 y los 17 años, y son por lo tanto la población de referencia de la Unidad de Psiquiatría Adolescente. Esta Unidad es de referencia de hospitalización nacional, y constituye una vanguardia a nivel nacional y europeo.

Su objetivo principal es el estudio y estabilización de aquellos cuadros psiquiátricos agudos que requieran hospitalización a tiempo total y durante

un periodo aproximado de una a tres semanas. Para ello cuenta con 20 camas y un personal multidisciplinar especializado en la atención a esta población.

El trabajo asistencial es desarrollado por un equipo multidisciplinar, compuesto por 34 profesionales, de los que 5 son psiquiatras (uno de ellos además de las funciones asistenciales desempeña la de Jefe de Sección), una supervisora de enfermería compartida con otras unidades, 20 trabajadores de enfermería entre auxiliares de enfermería y DUEs, 1 psicóloga clínica, 1 trabajadora social, 2 terapeutas ocupacionales (una a tiempo completo y otra compartida con otra unidad), dos profesoras de Educación Secundaria, una de Ámbito Científico y otra de Ámbito Lingüístico y 2 administrativos a tiempo parcial.

Además de la seguridad proporcionada por la infraestructura aislada del exterior, en la Unidad se siguen normas básicas de seguridad en la actuación que disminuyen los riesgos potenciales de los pacientes. Algunas de estas normas son el control de uso de encendedores y colillas (está prohibido fumar en la Unidad), control de colonias, lociones o enjuagues bucales, evitar el uso de recipientes de vidrio, mantener objetos personales punzantes o cortantes y útiles de afeitado bajo control, evitar *piercings*, cordones de zapatos y cinturones en la unidad, mantener la medicación bajo llave y controlar constantemente los útiles de limpieza.

6. Recursos didácticos

6.1. Talleres de creatividad artística

El diseño de los talleres de arte se ha realizado ajustado al contexto y los participantes. El programa de talleres se subdivide en cuatro unidades didácticas cuyo contenido específico se expone en el anexo I. El diseño de los contenidos ha seguido los lineamientos y pautas generales del método MUPAI (Museo Pedagógico de Arte Infantil), basado en contenidos de Arte Contemporáneo (Pascale y Ávila, 2007).

En tanto, el diseño teórico de los talleres de creatividad artística y su ejecución operativa se ha basado en el criterio de “Actividad Voluntaria Estructurada” (Csiksentmihalyi y Larson, 1984; Larson, 2000) que se define como actividades que son voluntarias e implican algún grado de estructuración, esto es, la participación ocurre dentro de un sistema que contiene reglas y objetivos. Ejemplos de estas actividades son los deportes, las artes, hobbies o participación en organizaciones.

Por su parte, los contenidos de los talleres se han basado en los siguientes conceptos generales, contenidos y metodologías de trabajo del Método MUPAI:

6.1.1. *Conceptos del método MUPAI*

Entender que un taller de arte infantil es un espacio donde se genera conocimiento y no sólo un lugar donde se libera la expresión.

Intentar que este conocimiento no sea la visión particular que el organizador del taller tiene del mundo sino que, por el contrario, el taller se convierta en una posibilidad para que los participantes generen su propio cuerpo de conocimientos, en este caso, relacionados con las fotografías

El principal objetivo de esta metodología es la comprensión de las imágenes que nos rodean para su construcción. Al tratar en estos talleres sobre nociones como *representación* e *interpretación*, los participantes aprenden la diferencia entre la realidad que vivimos nosotros mismos y la imagen donde alguien vive por nosotros

6.1.2. *Contenidos del método MUPAI*

Vincular los temas y contenidos del taller con la cultura infantil actual, con la realidad que rodea a los participantes en vez de desarrollar una actividad cerrada en sí misma. Esto implica a su vez incorporar en el taller imágenes de la baja cultura, (publicidad, internet, *packaging*) además de otros elementos locales de máxima influencia en la infancia, como por ejemplo, la prensa del corazón o deportiva

Incorporar el arte contemporáneo, el que se produce mientras estos niños y niñas están creciendo como referente principal.

6.1.3. Metodologías de trabajo artístico del método MUPAI

Las metodologías de trabajo artístico utilizadas se guiaron por los siguientes principios:

- No cargar todo el peso de contenidos en el desarrollo de las técnicas tradicionales sino elegir materiales y técnicas que estén en relación con los materiales y procedimientos con los que trabajan los artistas contemporáneos (vídeo, recontextualizaciones, fotografía, net art, etc.)
- Dar la misma importancia a los procesos de *apreciación* que a los de *producción*
- Incorporar las *nuevas tecnologías* como metodologías de trabajo no sólo a nivel de producción de imágenes sino como herramienta para la apreciación
- Fomento de la *creatividad*

- Fomento de la concentración mediante procedimientos que favorezcan el estado de *flujo*
- Puesta en funcionamiento de actividades que alienten la crítica enfocada a la comprensión
- Puesta en funcionamiento experiencias de rotación del poder de manera que sean los participantes quienes lideren parte de las actividades y, al final, evalúen al organizador del taller

6.1.4. El método MUPAI paso a paso

El denominado método MUPAI ha sido definido en 7 puntos, a saber:

- a. Generar conocimiento: Como acabamos de ver el método MUPAI contempla cualquier actividad educativa como una actividad donde se genera conocimiento
- b. APR (Apreciación/producción/reflexión): En un taller diseñado mediante el método MUPAI se dará una importancia similar los procesos de apreciación que a los de producción de tal manera que además de hacer los alumnos aprender a ver.
- c. Se entiende a los participantes de los talleres como activos, y que co-producen los contenidos resultantes de cada actividad.

d. Conexión con la realidad: Para que el visitante realmente comprenda el contenido de la exposición, es imprescindible conectarla con la vida real, con la cotidianidad de tal manera que encuentre sentido a la muestra

e. El monitor como agitador: Para que todo lo anterior se lleve a cabo, es imprescindible la figura del monitor, que cobra un papel fundamental y que se concibe como una especie de agitador mental. La formación de los monitores implicados en el taller ha de situarse en dos vertientes: arte contemporáneo y educación artística

f. Tareas de investigación: Tanto el proceso como el resultado del taller formarán parte de un proyecto de investigación dentro del contexto de la educación artística y el arte infantil

g. Inclusión de las nuevas tecnologías: Para conectar aún más la actividad con la realidad es altamente recomendable incluir en la medida de lo posible las nuevas tecnologías

7. Procedimiento.

En esta subsección se describirán los pasos que se han llevado a cabo para realizar la intervención y las técnicas de recolección de datos

7.1. Primera toma de contacto con el campo

Entrevista previa con personal a cargo de la unidad y planteamiento de la intervención.

Una vez seleccionado el campo de intervención, y acordado con el equipo directivo de la Unidad de Psiquiatría las condiciones de la misma, se procedió a una primera toma de contacto con el campo en junio de 2006.

Previo al desarrollo de los talleres el investigador realizó una entrevista a la Terapeuta ocupacional encargada del turno matutino, durante el cual se realizaría la intervención. El objetivo de dicha entrevista fue el de una toma de contacto con el ámbito. Allí se indagó sobre:

- la estructura de la Unidad,
- su forma de funcionamiento,
- el personal con el que cuenta y sus funciones,
- número de camas,
- motivos de ingreso de los adolescentes,
- promedio de tiempo de internación,
- tipos de trastornos de los internados,

- los tratamientos llevados a cabo,
- relacionamiento entre pacientes y personal,
- relacionamiento entre pacientes y familia,
- relacionamiento entre personal y familia,
- normativas a cumplimentar por parte del equipo interventor

A su vez, en dicho encuentro se tomó un primer contacto con la unidad, donde se realizó la selección del espacio para la realización de los talleres, y se me presentó a algunos pacientes, así como al personal de planta incluyendo: psiquiatras, terapeutas ocupacionales, enfermeros y asistentes.

En una segunda instancia, se realizó una reunión de intercambio con el resto del equipo interventor (investigador, la encargada del diseño de los talleres de arte, y las dos educadoras encargadas de llevar a cabo los talleres) y el equipo de la Unidad (psiquiatras, terapeutas, un representante de enfermeros, y una representante de auxiliares) donde se concretaron las normativas de intervención, y se realizó la propuesta de talleres a llevarse a cabo, incluyendo sus contenidos, frecuencia, duración y método didáctico.

7.2. Intervención y recolección de datos

Al principio de la intervención se realizó una entrevista semiestructurada a los adolescentes que cumplían con los criterios de inclusión. En las 24 horas siguientes se comenzó con los talleres de creatividad artística.

Los talleres eran impartidos 3 veces a la semana a los pacientes de la Unidad. Salvo escasas excepciones participaban casi la totalidad de los adolescentes hospitalizados. Los que no lo hacían se debía a que en el momento del taller se encontraban en consulta con el psiquiatra, o en su habitación con impedimento médico de traslado, realizándose exámenes en otras unidades del hospital, o bajo sujeción¹⁶.

Una vez que el investigador era notificado por el personal sanitario que el paciente sería dado de alta en las próximas horas, se le realizaba una segunda entrevista semiestructurada.

Dado que la población internada está en constante fluctuación, con ingresos y altas casi diariamente, esto obligaba al investigador a estar pendiente de los nuevos ingresos y próximas altas médicas.

Pongamos como ejemplo el caso de una adolescente que era ingresada en la Unidad. En el transcurso de las primeras 24 horas el investigador le realizaba la primera entrevista semiestructurada. Seguidamente, la

¹⁶ La sujeción es un método que consiste en atar al paciente a una cama especialmente diseñada a tales efectos, cuando está en crisis aguda.

adolescente participaba de todas las actividades de la hospitalización, entre ellas los talleres de creatividad artística. Supongamos que esta adolescente ha estado internada durante una semana, lo cual significa que ha asistido a 3 talleres de creatividad artística. Cuando al investigador se le informa que será dada de alta, le era realizada la segunda entrevista.

El ajustarse a las condiciones del contexto ha sido una constante de la presente investigación. De allí que no todos los adolescentes han participado de la misma cantidad de talleres, ya que su tiempo de estancia hospitalaria variaba de unos a otros.

Los talleres eran impartidos por las dos monitoras en una sala que se acondicionaba a tales efectos. Dicha sala era la que en otros horarios se utilizaba como comedor. El acondicionamiento consistía en organizar las mesas circularmente, y poner una pantalla para retroproyector. Si bien, la mayor parte del tiempo los adolescentes estaban sentados, también se realizaban actividades en las que debían trasladarse por la sala, e inclusive por la unidad.

El investigador, cuando no estaba realizando entrevistas, observaba los talleres y otras actividades que se llevaban a cabo en la Unidad (reunión de personal, sala de enfermería, comedor, sala de sujeciones, terapia ocupacional, etc.). A los adolescentes no se les informó que el investigador estaba vinculado a los talleres de creatividad artística.

A las 48 horas de finalizada la intervención se realizó una entrevista semiestructurada a 10 integrantes del personal sanitario (2 psiquiatras, 2 psicoterapeutas, 3 enfermeros y 3 auxiliares de enfermería), todos participantes del turno de la mañana (momento en que se desarrollaban los talleres)

7.2.1. Entrevistas

7.2.1.1. Especificidades sobre el diseño de las entrevistas semiestructuradas realizadas.

La concepción de entrevista que subyace en el presente diseño es el de un escenario en que el conocimiento es construido en la interacción de roles de entrevistado y entrevistador (Kvale, 1996).

Las entrevistas semiestructuradas diseñadas para el presente estudio tienen una secuencia de temas a ser cubiertos, a la vez que poseen la apertura necesaria para los cambios de secuencia y modificaciones en la forma de la pregunta, de manera de acompasarse a las respuestas dadas por el entrevistado.

La elaboración de las preguntas de las entrevistas se ha generado en correspondencia con las preguntas investigativas, realizándose una translación temática de los intereses investigativos a un formato que

permita la dinámica de la conversación. Como menciona Kvale (1996), una pregunta investigativa puede ser investigada a partir de una serie de preguntas de entrevista, de modo de obtener una información rica y variada en el acercamiento a un tópico desde varios ángulos, a la vez que, una pregunta de entrevista puede proveer respuestas a diferentes preguntas investigativas. Esta premisa de construcción entrelazada de preguntas investigativas y de entrevista ha guiado el presente diseño.

Para la elaboración de la guía de entrevista se tuvo en cuenta la clasificación de preguntas de entrevista realizada por Kvale (1996) quien las agrupa en: introductorias, de seguimiento, de sondeo, de especificación, directas, indirectas, estructurantes, silencio, de interpretación.

A continuación se expondrán las características de los 3 grupos de entrevistas realizadas: previa a adolescentes, posterior a adolescentes, y a personal sanitario.

En cada caso, se reseñará la forma en que se diseñaron y llevaron a cabo, los tópicos a ser cubiertos, y la fundamentación de la construcción de cada pregunta.

7.2.1.2. Primera entrevista a adolescentes

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a adolescentes en las 24 horas previas al desarrollo de los talleres. Las mismas se llevaron a cabo en un salón de reuniones o en un despacho, según las demandas de espacio del personal en el momento. El promedio de tiempo de las entrevistas fue de 35 minutos, las mismas se realizaron entre el paciente y el entrevistador (investigador). Las normativas de la unidad, no permitían la grabación en video o audio de las entrevistas con adolescentes, por lo que el entrevistador debía tomar nota de las respuestas en el momento. El investigador cuenta con formación y experiencia en la realización de entrevista clínica, lo cual facilitó la labor de registro. Igualmente, inmediatamente finalizada la entrevista, el entrevistador destinaba 20 minutos a desarrollar, según el discurso del entrevistado, aquellos espacios de respuesta que habían sido resumidos.

Para el diseño de la primera entrevista se elaboraron las preguntas en base a tópicos comunes a ser respondidos por todos los entrevistados. Igualmente, en cada entrevista se profundizaron aspectos propios a cada paciente y sobre los que éstos se expusieron.

Por cada adolescente se cumplimentó una ficha con: su nombre, edad, sexo, días de internación, y número de internaciones anteriores.

El objetivo de la primera entrevista era el de entrar en contacto con la experiencia de hospitalización de los adolescentes, anterior a la intervención. En la primera entrevista resultó de importancia explorar los siguientes tópicos:

- a. cómo se sentía actualmente el paciente y cómo estaba experimentando la hospitalización (preguntas 1 y 2)
- b. se exploró el estado de conciencia mediante una pregunta relativa a actividades cotidianas (pregunta 3)
- c. la percepción de estas actividades y sus efectos, explorando sobre aquellas que reportaran mayor satisfacción (preguntas 4-8).

A continuación, se presenta la guía para la entrevista semiestructurada para adolescentes previa a la realización de los talleres:

GUION PRIMERA ENTREVISTA A ADOLESCENTES
<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo te has estado sintiendo desde que estás en el hospital?2. ¿Qué cosas positivas encuentras de estar en el hospital y que cosas negativas?3. ¿Qué actividades tienes aquí?4. ¿Cuál de estas actividades te gusta más? ¿por qué?5. (Seleccionar algunas esas actividades y preguntar)6. Cuéntame qué sientes durante la actividad...x7. Cuéntame qué pensamientos te vienen a la cabeza durante la actividad...x8. ¿Cómo te sientes luego de realizar dicha actividad?

Tabla 3. Guión de primera entrevista a adolescentes

La pregunta 1 es de tipo *introdutorio*, y propone al individuo realizar una descripción de la propia experiencia. En esta pregunta se indaga sobre una de las dimensiones principales de la investigación: la experiencia de hospitalización. La forma en que la pregunta está construida busca generar la espontaneidad de la respuesta, y para el enriquecimiento descriptivo de la experiencia en varias ocasiones se recurrió a la complementación con preguntas de seguimiento de modo de extender la respuesta, ya repitiendo palabras significativas mencionadas por el entrevistado, ya preguntando directamente por el significado de éstas. Por ejemplo: “Explícame ¿qué quieres decir con que la pasas fatal?”.

A su vez, la pregunta 1 de la primera entrevista a adolescentes, busca un contraste en su respuesta con la pregunta 1 de la segunda entrevista a adolescentes, y con la pregunta 2 de la entrevista al personal sanitario. En el primer caso, se busca rescatar diferentes instancias en el proceso de experiencia de hospitalización, sus variaciones y la posible aparición de referencias al taller de creatividad artística. En el segundo caso (con personal sanitario), el objetivo es contrastar las respuestas de experiencia directa de hospitalización, con la percepción “externa” de la experiencia. Esta percepción es muy importante porque refiere a la experiencia de observaciones e intercambio cotidiano y de reposición de la población de

pacientes. Esta percepción no solo nos es útil para evaluar el grado de conocimiento que el personal tiene de la experiencia de hospitalización de los adolescentes, sino también, como base para la evaluación que realicen de los efectos de los talleres de creatividad.

La pregunta 2 es de tipo *directo*, pues introduce directamente tópicos y dimensiones a ser respondidas. Implica una continuidad temática con la primera pregunta y persigue los siguientes objetivos: indagar si el paciente puede rescatar experiencias positivas de la hospitalización (algunos no pudieron), dependiendo del orden en que contestara se podría estimar que le son importantes en grado de afectación personal, indagar una correspondencia con los aspectos referidos en la pregunta 1.

A su vez, la pregunta 2 de la primera entrevista a adolescentes, busca un contraste en su respuesta con la pregunta 2 de la segunda entrevista a adolescentes. Está formulada de la misma forma, y el objetivo es apreciar si el proceso de hospitalización ha hecho variar o no al paciente en su percepción de aspectos negativos y positivos de la misma. Para evaluar estas diferencias o continuidades se tendrán en cuenta el orden de los aspectos seleccionados (por ejemplo, si elige los positivos o negativos para comenzar la respuesta), la aparición de nuevos aspectos, la desaparición de aspectos mencionados en la primera entrevista, o la reiteración de los mismos. Por último, la pregunta puede rescatar la aparición de alguna de

las actividades realizadas en el hospital como positivas o negativas para el paciente.

La pregunta 3 es una pregunta que cumple funciones introductorias al resto de preguntas de la entrevista. Con ella, se puede explorar el estado de conciencia del entrevistado (memoria, atención, contacto con la realidad). Igualmente, cuando el estado de conciencia no le permitía mantener una conversación, ya le era anticipado al investigador por parte del psiquiatra tratante.

La pregunta 4 indaga sobre los intereses del entrevistado y sus gustos. También cumple una función comparativa con la segunda entrevista en la que se indaga sobre la comparación del taller de creatividad artística a otras actividades. Esto es, resulta importante explorar si espontáneamente alguna de las actividades seleccionadas aquí, se mantiene en la segunda entrevista o si el taller ocupa su lugar.

Las preguntas 5 y 6 exploran los sentimientos y pensamientos del paciente durante una actividad en la que se encuentre a gusto. Intencionadamente, se le pide al entrevistado que reporte sentimientos por un lado y pensamientos por otro, a fin de rescatar ambas dimensiones. En algunas ocasiones esta pregunta ha tenido que ser complementada con preguntas de sondeo como “¿me lo puedes describir con más detalle?”. Rescatar la dimensión del

pensamiento durante un momento de satisfacción surge como interés a partir de la teoría del flujo de Csikszentmihalyi (1996).

La pregunta 7 explora la experiencia de finalización de una actividad placentera y el regreso a la cotidianidad de la hospitalización. Aquí se busca contrastar la experiencia satisfactoria a la experiencia de hospitalización a fin de percibir cómo es ésta vivenciada en un hecho concreto.

7.2.1.3. Segunda entrevista a adolescentes

Durante las 24 horas posteriores al taller de creatividad, se le realizó a cada uno de los pacientes participantes una entrevista semiestructurada en profundidad y focalizada. La conformación de los tópicos se realizó de manera similar al de la primera entrevista, y como una continuación de ésta. Las mismas se llevaron a cabo en un salón de reuniones o en un despacho, según las demandas de espacio del personal en el momento. AL igual que en la primera entrevista, el promedio de tiempo de las entrevistas fue de 35 minutos, y se realizaron entre el paciente y el entrevistador (investigador). Las normativas de la unidad, no permitían la grabación en video o audio de las entrevistas con adolescentes, por lo que el entrevistador debía tomar nota de las respuestas en el momento. Finalizada

la entrevista, el entrevistador destinaba 20 minutos a desarrollar según el discurso del entrevistado, aquellos espacios de respuesta que habían sido resumidos.

Durante las entrevistas el entrevistador procuró evitar guiar al paciente a respuestas positivas respecto de los objetivos de la intervención. El objetivo principal era el de explorar la experiencia de hospitalización posterior a los talleres y qué efectos habían podido tener éstos para cada paciente. En la segunda entrevista resultaba de focal importancia explorar los siguientes tópicos:

- a. cómo había experimentado el paciente la hospitalización hasta el momento actual de la entrevista. Con esto se buscó explorar el proceso de experiencia de hospitalización desde su ingreso (pregunta 1). Nuevamente se le pidió al paciente que concretara cosas positivas y negativas de la hospitalización, para focalizar el proceso de experiencia en tópicos específicos y comparables con los momentos previos al taller (pregunta 2).
- b. Se exploró la experiencia del taller de creatividad que había tenido, discerniendo entre sentimientos y pensamientos experimentados durante el mismo (preguntas 3-5).

- c. Se focalizó en los significados que tuvieron sus productos y el taller para cada cual (preguntas 6-9)

A continuación, se presenta la guía para la entrevista semiestructurada para adolescente posterior a la realización de los talleres:

GUION SEGUNDA ENTREVISTA A ADOLESCENTES
<ol style="list-style-type: none">1. ¿Cómo te has estado sintiendo desde que estás en el hospital?2. Que cosas positivas encuentras de estar en el hospital y que cosas negativas3. Cuéntame qué sentiste durante el taller de arte4. Cuéntame alguno de los pensamientos que te vinieron a la cabeza durante el taller de arte ¿Te ayudó a pensar en algo?5. Háblame de tus sentimientos desde que finalizó el taller6. Cuéntame qué significan para ti las obras que has realizado7. Si pudieras cambiar algo del taller, ¿qué sería?8. Si pudieras cambiar algo de tu trabajo en el taller ¿qué sería?9. ¿Te gusta que haya habido un taller de creatividad? ¿Te gustaría que siguiera habiéndolo para ti u otros chicos? ¿por qué?

Tabla 4. Guión de segunda entrevista a adolescentes

La pregunta 1 de esta fase establece una continuidad con la entrevista 1 de la fase previa. En entrevistado ya conoce al entrevistador, quien ha pasado a formar parte de su cotidianidad hospitalaria. La pregunta explora el proceso de experiencia de hospitalización, desde su inicio hasta la

actualidad de la entrevista. Esta entrevista se realiza cuando al paciente le es dada el alta y se va del hospital ese mismo día. Por tanto, con esta pregunta se explora la totalidad del proceso de hospitalización. En muchos casos se ha tenido que recurrir a preguntas de especificación sobre el proceso, normalmente cuando el paciente relataba distintos estadios o fases experimentados. La pregunta 1 (tanto en su fase previa como posterior) es la pregunta más general de la entrevista, en la que se rescata una mayor universalidad de la experiencia del entrevistado, y en la que se extienden más. En muchos casos, para el entrevistado era necesario recurrir a la elicitación de experiencias pasadas (no necesariamente hospitalarias), a cómo transcurría su vida fuera del hospital, hablar sobre sus familiares, amigos, su enfermedad, su futuro, los estudios. Esto enriqueció mucho el material, pues en la mayoría de los casos no era posible para el entrevistado hablar solo de la experiencia hospitalaria sin recurrir a la extrahospitalaria. En estos casos, se permitió que su discurso fluyera, y solo cuando la respuesta derivaba a temas ajenos al objetivo de la investigación se recurría a preguntas estructurantes que retomaran la dirección de lo preguntado.

La pregunta 2 es la misma que en la fase previa, y persigue sus mismos objetivos. Pero en esta segunda fase se da la situación de un conocimiento mayor del entrevistado y un grado de relacionamiento con el entrevistador. Esta pregunta contiene un elemento de interés agregado, es una pregunta en

la que se aprecia con facilidad la sinceridad y colaboración del entrevistado. En algunos casos, los entrevistados comenzaron diciendo “te diré la verdad”, “seré sincero”, “¿algo positivo aquí dentro? Mira, prefiero empezar por lo negativo”. Esta otra veta de reflexión posibilitada por la pregunta tiene su fundamento en lo concisa y concreta, que abarca dimensiones contrapuestas, y la empatía alcanzada en esta segunda fase con el entrevistado.

Se prevé la posibilidad de la aparición del taller de creatividad artística como respuesta, cosa que ocurrió. En este caso, y como premisa ética para con la intervención, el entrevistador evitó guiar al paciente a respuestas positivas. El taller de creatividad no es mencionado por el entrevistador hasta la siguiente pregunta.

La pregunta 3 es de tipo directa e introduce los talleres de creatividad como tópico central. Al entrevistado no se le pide que evalúe los talleres de creatividad artística, sino que se le solicita que cuente qué ha sentido él mismo en los talleres. Esto es, se va introduciendo procesualmente el tema de los talleres, y la intención del entrevistador es que el entrevistado centre la atención en sí mismo, de forma de que pueda expresar con mayor espontaneidad su opinión sobre los talleres. El contenido indirecto de la pregunta se dirige a una evaluación de los talleres a partir de lo experimentado por el participante. En la práctica este recurso resultó

efectivo, pues el adolescente es espontáneo y no tuvo reparos en decir cómo había experimentado los talleres. La modalidad de respuesta más repetida fue la de comenzar hablando de sí mismo en el taller y tender a hablar sobre el taller, para finalizar manifestando sus efectos. Esto en cierta medida se adelantaba al devenir de las próximas preguntas de la entrevista, pero contaba con la riqueza del material de interés que surge espontáneamente. En caso en que se adelantaran futuras respuestas a preguntas, se aprovechaba la ocasión y se profundizaba sobre el contenido.

La pregunta 4 se centra exclusivamente en la dimensión del pensamiento asociada al taller. El objetivo era indagar si el desempeño creativo beneficiaba determinado tipo de pensamientos más que otros (por ejemplo: pensamientos de salud, de enfermedad, de encierro, de libertad, etc.), y/o si la creatividad se asociaba a una ausencia de pensamientos (basado en la teoría del flujo de Csikszentmihayi, 1996).

A su vez, mediante esta pregunta se puede explorar el papel de la atención relacionada al pensamiento durante los talleres, lo que contrastado con la observación del investigador puede completar un cuadro más aproximado de las relaciones entre conducta, pensamiento, atención y creatividad artística.

La pregunta 5 explora el espacio imaginario que ocupan los talleres para cada entrevistado. La percepción de continuidad o discontinuidad con la

experiencia de hospitalización es el plano que indaga esta pregunta. Por ejemplo, dos respuestas contrapuestas como las siguientes nos hablan del espacio simbólico que ha desempeñado el taller para dos entrevistados: “Un sentimiento jodido. Me daba miedo que las ideas buenas que había aprendido se me vayan de la cabeza...” o “Por suerte terminó!”. En ambos casos, el taller tiene un significado muy diferente en su experiencia.

La pregunta 6 es de interpretación, y busca identificar la producción del paciente durante los talleres, y qué significado cobran sus obras para sí. Aquí, se puede explorar el contenido de sus producciones y los sentidos que ha sido capaz de disparar el taller. Esta pregunta nos habilita a formarnos un cuadro más completo de cada paciente, en el que él mismo puede brindar una interpretación de su obra, proporcionando así un material hermenéutico para otras dimensiones relacionamiento interpersonal, sentido del taller, expectativas, proyección, etc.

La pregunta 7 propone al entrevistado la posibilidad de aportar ideas y críticas sobre el desarrollo y diseño de los talleres, a la vez que explorar su nivel de satisfacción. De esta forma, se pueden extraer consideraciones para un mejoramiento del diseño y ejecución de los talleres a futuro partiendo de la palabra de los propios destinatarios-participantes. Esta pregunta indaga si los cambios propuestos lo serían a nivel de contenido, de la forma de ejecución, o vinculados al contexto hospitalario.

La pregunta 8 realiza un viraje en el foco de atención con respecto a la pregunta anterior, y se centra en el propio entrevistado como participante de los talleres. Aquí se indaga sobre un nivel autocrítico al momento de participar de los mismos. Nos permite extraer consideraciones para el mejoramiento del desarrollo de futuros programas a partir de la autopercepción del participante. A su vez, la pregunta indaga sobre las posibilidades del entrevistado para percibirse como corresponsable del desarrollo de los talleres o sujeto pasivo destinatario de los mismos.

La pregunta 9 es de tipo directo y se le pide al entrevistado que evalúe los talleres de creatividad artística. La segunda parte de la entrevista fue añadida durante el transcurso de las entrevistas previas al observarse la importancia que cobraba el compañerismo como elemento de contacto con la realidad. De esta forma, se propone “¿te gustaría que siguiera habiéndolo para ti u otros chicos?”. Seguidamente se le pide al entrevistado que exponga los motivos que le llevan a desear o no la realización de más talleres. Estos motivos resultan de gran interés para los objetivos de la investigación pues se vinculan a los efectos de los talleres percibidos por sus participantes.

7.2.1.4. Entrevista a personal

A las 48 horas posteriores a la realización de los talleres de creatividad se realizaron entrevistas semiestructuradas en profundidad y focalizadas y grabadas en audio al personal de la unidad. Las mismas se llevaron a cabo en un salón de reuniones o en un despacho, según las demandas de espacio del personal en el momento. El promedio de tiempo de las entrevistas fue de 42 minutos, y se realizaron entre el entrevistado y el entrevistador (investigador). Durante las entrevistas el entrevistador procuró evitar guiar al entrevistado a respuestas positivas respecto de los objetivos de la intervención. El interés fue entrevistar a los cuatro tipos de profesionales (psiquiatras, terapeutas, enfermeros, y asistentes) para rescatar una mayor diversidad de perspectivas según la formación y funciones desempeñadas en la unidad. Se seleccionó una muestra aleatoria de entrevistados, los cuales constituyen aproximadamente un 25% del total del personal de la unidad, y prácticamente un 40% de los trabajadores del turno matutino durante el cual se llevó a cabo la intervención.

A pesar de las diferencias de formación y práctica profesional, los tópicos fundamentales de la entrevista eran los mismos para todos los entrevistados. En la primera entrevista resultaba de importancia explorar los siguientes temas:

- a. La percepción que tenía el entrevistado de la experiencia de hospitalización de los adolescentes (pregunta 1), así como de los intereses y gustos por las actividades que éstos presentaban (pregunta 3). En ésta pregunta se pedía al entrevistado que expusiera su opinión sobre qué actividades resultaban más beneficiosas al tratamiento, con lo que se buscó explorar el posicionamiento respecto al tratamiento y las posibilidades de efectos positivos de diferentes actividades (pregunta 3.b)

- b. La percepción que tenía el entrevistado de los talleres realizados, sus beneficios, sus contrariedades, sus efectos, tanto desde su propia perspectiva (preguntas 4-7, 9) como también desde una perspectiva transmisora de la de los adolescentes (pregunta 8).

A continuación, se presenta la guía para la entrevista semiestructurada para personal de la unidad posterior a la realización de los talleres:

GUION ENTREVISTA A PERSONAL SANITARIO

1. ¿Cómo es trabajar con estos chicos?
2. ¿Cómo percibes que se sienten los chicos que están ingresados ahora?
3. Dime dos aspectos positivos y dos aspectos negativos de trabajar con estos chicos
4. De las actividades que tienen
 - a. ¿Cuál piensas que les gusta más?
 - i. ¿Por qué?
 - b. ¿Y cuál piensas que les brinda mayor ayuda?
 - i. ¿Por qué?
5. ¿Qué opinas del taller de creatividad que se ha llevado a cabo?
6. Según tu percepción ¿qué ha sido lo más positivo del taller?
7. Según tu percepción ¿qué ha sido lo más negativo del taller?
8. ¿Piensas que el taller ha aportado algo en particular a los chicos?
9. ¿Recuerdas que algún chico haya verbalizado alguna opinión específica con respecto al taller?
10. Si pudieras cambiar algo del taller, ¿qué sería?

Tabla 5. Guión de entrevista para el personal sanitario

Previo a las preguntas del guión, se realizó una pregunta de calentamiento. En base a las observaciones realizadas en la unidad durante el desarrollo de los talleres, y los contactos mantenidos con el personal durante ese tiempo, es que se decidió realizar una primera pregunta introductoria que preguntaba por una *descripción de las funciones que realiza el entrevistado en la unidad*. Con el desarrollo de las entrevistas se percibió que el papel de calentamiento que realizaba esta pregunta era sumamente importante, pues el personal se mostraba un tanto tenso al momento de realizar la entrevista. Contestando esta pregunta les hacía sentir más cómodos y seguros pues refería a su cotidianeidad e implicaba una respuesta bastante estandarizada.

Seguidamente, se realizó una pregunta introductoria (**pregunta 1**), que también fue agregada durante la intervención: “dime ¿Cómo es trabajar con estos chicos”? Esta pregunta ya implicaba un corrimiento de la defensa que puede proporcionar hablar de la profesión y se introducía en el terreno personal, dejándose el campo abierto para que el entrevistado estableciera sus propias prioridades: profesionales, afectivas, familiares, etc.

La pregunta 2 pide al entrevistado que, desde su percepción, nos describa la experiencia de hospitalización de los adolescentes. Estos datos enriquecen el material sobre la experiencia de hospitalización, al ser un aporte desde otra perspectiva a la del paciente. Existen no solo diferencias de formación entre el personal entrevistado (psiquiatras, terapeutas, enfermeros y asistentes), sino también de tiempo trabajando en la unidad con un espectro entre 6 años y 1 mes, lo cual enriquece aún más el abanico de respuestas.

Muchos de los entrevistados tienden a establecer un proceso general de experiencia de hospitalización, sobre el que el entrevistador pide que se describan con mayor profundidad las fases mencionadas.

El material aportado en esta pregunta sirve de contraste o complementación a las preguntas 1 de las entrevistas previa y posterior a adolescentes.

La pregunta 3 establece una continuidad con la pregunta 1 pero se pide al entrevistado que concrete en elementos positivos y negativos del trabajo en la unidad. A diferencia de la pregunta 2 a adolescentes que favorecía la emergencia de aspectos positivos de la hospitalización, aquí se abre la posibilidad de que el entrevistado pueda manifestar los aspectos negativos de su labor cotidiana. En el transcurso de las entrevistas se visualizó la importancia que cobraba esta pregunta pues con ella el entrevistado “bajaba sus defensas” exponiendo sus debilidades. En cierta medida esta es una *leading-question*, pues preestablece la existencia de aspectos negativos, lo que más que guiar la respuesta del entrevistado, le brinda un sostén y abre el campo para que pueda expresar contenidos que refieren a una esfera privada.

La pregunta 4 presenta al entrevistado el escenario de las actividades en la unidad. Por un lado, se le solicita que informe, a partir de su percepción, qué actividades son las que más satisfacción brinda a los pacientes, y los motivos que guían su respuesta. Esta pregunta sirve de contraste a las respuestas brindadas por los pacientes en la pregunta 4 de la primera entrevista a adolescentes. Aquí se prevé la posible aparición de los talleres de creatividad ya que es una entrevista posterior a la realización de los mismos.

En una segunda parte de la pregunta se pide al entrevistado su opinión personal sobre los beneficios de las distintas actividades. De la primera a la segunda parte de la pregunta se realiza un viraje muy significativo, pues se pasa de proyectar la opinión de los adolescentes, a evaluar qué es lo más beneficiosos para su tratamiento y recuperación. Esta parte de la pregunta, necesitaba de la anterior como calentamiento pues hubiera sido difícil obtener una respuesta en frío, ya que puede plantear, como de hecho lo hizo, respuestas de cuestionamiento a ciertas prácticas realizadas en la unidad.

La pregunta 4 propone de antemano una diferencia entre el gusto-deseo-satisfacción (parte a) y tratamiento-ayuda-beneficio (parte b) y las posibilidades de que ambas estén asociadas o no para el entrevistado. El cuestionamiento que subyace es *¿puede haber una relación entre placer y mejoría?*

La preguntas 5, 6 y 7 son de tipo directo y piden al entrevistado una evaluación personal del programa de talleres de creatividad, incluyendo aspectos positivos y negativos.

La pregunta 8 indaga la percepción que ha tenido el personal sobre los efectos de los talleres en la unidad. En muchos casos es una pregunta que fue contestada espontáneamente en las tres preguntas anteriores, pero se

mantiene para aquellos casos en los que el entrevistado no identifica efectos posibles del taller.

La pregunta 9 busca recabar información de la opinión de los participantes de los talleres fuera de la presencia del equipo interventor. Dado que el personal compartía la cotidianeidad de los adolescentes, algunas opiniones podrían haberse generado fuera de nuestra presencia, o en el proceso entre la entrevista previa y la entrevista posterior.

La pregunta 10 es de tipo directo y se le pide al entrevistado que evalúe los talleres de creatividad a partir de cambios que realizaría. Aquí se hace partícipe al personal en la conformación de los talleres, fundamentalmente a fin de dar un espacio a la crítica y la mejora para futuras intervenciones.

7.2.1.5. Modalidades de transcripción

Entrevistas a adolescentes: las entrevistas fueron personales (entrevistador – entrevistado). La grabación de la entrevista no fue posible por dos motivos. La normativa interna de la unidad, y que la grabación hubiera supuesto la introducción de un elemento persecutorio en la situación de entrevista.

Las entrevistas fueron registradas tomando nota de las respuestas el propio entrevistador. Una vez finalizada la entrevista, el entrevistador completaba

aquellos aspectos centrales. En las notas se incluyen otros datos como: información visual de la situación, la atmósfera creada, la interacción personal, y aspectos reflexivos del momento.

La ausencia de grabación en audio, tiene sus limitaciones obvias, pero también sus beneficios. Entre éstos se encuentra que el entrevistador debe mantener una escucha activa, lo que funciona como filtro selectivo para la retención de aquellos tópicos mencionados por el entrevistado que resultan esenciales para el estudio

Entrevistas al personal: las entrevistas fueron personales (entrevistador – entrevistado) y grabadas en audio. Igualmente, el entrevistador tomó notas durante la entrevista, manteniendo la actitud de escucha activa. Una vez finalizada la entrevista, el entrevistador completaba aquellos aspectos centrales en sus notas. Detalles como la interacción personal, la conducta no verbal y la atmósfera de la entrevista fueron incluidos. Las transcripciones fueron realizadas literalmente por el propio entrevistador.

7.2.2. *Observación participante*

La observación participante cumple un rol complementario a la técnica principal de entrevista. El papel de la misma es lograr un mayor conocimiento del contexto hospitalario por parte del investigador.

El principal objetivo de la observación ha sido el de rescatar un proceso *in situ*. Si bien las entrevistas también buscan retratar el proceso de intervención, las mismas se circunscriben a dos momentos (principio y final) del proceso personal de cada adolescente. El espacio intermedio es rescatado mediante la observación participante, lo cual ha sido muy útil para el investigador.

El investigador ha tomado notas de campo durante la observación, que luego han sido clasificadas a fin de servir de respaldo a los datos resultantes de las entrevistas. A modo de ejemplo: se realizó observación de las sujeciones, y esto integra una categoría: sujeción en la UPA. Lo mismo con las actividades del personal, sus reuniones, los materiales e instrumental, los momentos de comida, ocio, etc.

8. Método de análisis de datos

8.1. Análisis de entrevistas a adolescentes y personal sanitario

Se realizó un análisis de contenido a las entrevistas tanto a adolescentes como a personal sanitario¹⁷.

En relación al procedimiento de análisis de entrevistas a los adolescentes, se sometió a codificación por parte de jueces una muestra aleatoria de entrevistas de adolescentes (10 previas y 10 posteriores).

La justificación de realizar una evaluación interjueces es que se gana fiabilidad. Los jueces seleccionados para la evaluación de las entrevistas a adolescentes, han sido: una enfermera cursando doctorado, una doctora en Bellas Artes y una psicóloga cursando doctorado, y el investigador.

Posteriormente, se halla el grado de acuerdo para las codificaciones realizadas por los jueces mediante el coeficiente Tau de Kendall. Aquellas unidades de análisis que reportan un grado de acuerdo significativo, son utilizadas luego por el investigador para realizar un análisis de contenido de la totalidad de entrevistas siguiendo el mismo método de codificación.

¹⁷ Tanto los nombre de los adolescentes como del personal sanitario han sido modificados para mantener la confidencialidad de su identidad

Aquellas unidades de análisis que obtienen un grado de acuerdo no significativo son descartadas por considerarse que no evalúan fiablemente lo que se proponen.

Respecto a las entrevistas al personal sanitario, se realizó un procedimiento muy similar, pero en este caso los 4 jueces (una psicóloga cursando doctorado, un Dr. en medicina, una enfermera y el investigador) codificaron la totalidad de las entrevistas (diez). En este caso los 3 jueces a los que recurre el investigador no son los mismos que para el caso de entrevistas a adolescentes. El motivo de esto es práctico y estratégico, dado que el tiempo que consume la actividad de codificación es elevado (promedio 74 días) y los jueces ha realizado la actividad *ad honorem*.

Aquellas unidades de análisis para la codificación de entrevistas al personal sanitario que reportan un grado significativo de acuerdo (mediante el coeficiente Tau de Kendall), son utilizadas por el investigador para realizar un análisis de las entrevistas.

Aquellas unidades de análisis que obtienen un grado de acuerdo no significativo son descartadas por considerarse que no evalúan fiablemente lo que se proponen

8.1.1. Diccionarios de codificación de entrevistas

El análisis de todos estos datos se realizó a través del análisis de contenido.

La primera categorización se efectuó agrupando las respuestas en función de similitudes y diferencias entre temas (Anguera, 1998)

Cada una de estas categorías cuenta con varias unidades de análisis descritas detalladamente que el juez debe localizar en la entrevista y codificar en una rejilla construida a tales efectos (ver anexo II). La construcción de las categorías fue sometida a la supervisión de dos profesores especializados en la técnica de codificación interjueces¹⁸.

El diccionario de codificación para el análisis de entrevistas a adolescentes cuenta con cinco categorías de análisis para la primera entrevista, y siete categorías para la segunda entrevista:

CATEGORIAS PRIMERA ENTREVISTA	CATEGORIAS SEGUNDA ENTREVISTA
1. Experiencia de hospitalización	1. Experiencia de hospitalización
2. Estados emocionales	2. Estados emocionales
3. Dimensión temporal	3. Dimensión temporal
4. Dimensión espacial	4. dimensión espacial
5. Necesidad de control	5. Necesidad de control
	6. Experiencia de talleres de arte
	7. Función de los talleres de arte

Tabla 6. Categorías de análisis para la primera y segunda entrevista.

¹⁸ Prof. Dr. Eugenio Garrido y Prof. Dra. Ana María Ullán

Como se aprecia en la tabla 6, para la segunda entrevista se agregan dos categorías de análisis específicas para evaluar los talleres de arte. En tanto las cinco primeras categorías se repiten para ambas entrevistas.

Cada una de estas categorías cuenta con unidades de análisis a ser identificadas por los jueces e investigador en las entrevistas. Las unidades de análisis cuentan con una definición y ejemplos que faciliten su comprensión. Las unidades de análisis por categoría para la primera entrevista son:

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANALISIS
Experiencia de hospitalización	<i>101 Experiencia de hospitalización positiva</i>
	<i>102 Experiencia de hospitalización negativa</i>
	<i>103 Causas para sentirse bien</i>
	<i>104 Causas para sentirse mal</i>
	<i>105 La hospitalización como un corte con la vida cotidiana</i>
Estados emocionales	<i>201 Asocian la hospitalización a estados emocionales negativos (Aburrimiento, Angustia, Apatía, Enfado, Impotencia, Miedo, Soledad, Tristeza, Vaciedad)</i>
	<i>202 Asocian la hospitalización a estados emocionales positivos (Entusiasmo, Esperanzado, Felicidad, Gratitud, Libertad, Placentero, Relajación, Satisfacción)</i>
Dimensión temporal	<i>301 El paso del tiempo es percibido como momentos asociados a actividades</i>
	<i>302 El paso del tiempo es percibido como momentos asociados a estados emocionales</i>
	<i>303 El tiempo en el hospital pasa lento</i>
	<i>304 El tiempo en el hospital pasa rápido</i>
Dimensión espacial	<i>401 La palabra hospital es un tabú</i>
	<i>402 Espacio de encierro</i>
Necesidad de control	<i>501 Falta de control</i>
	<i>502 Sensación de control</i>

Tabla 7. Unidades de análisis para cada una de las categorías de análisis de la primera entrevista.

Por su parte, las unidades de análisis por categoría para la segunda entrevista son:

CATEGORIAS	UNIDADES DE ANALISIS
Experiencia de hospitalización	<i>101 Experiencia de hospitalización positiva</i>
	<i>102 Experiencia de hospitalización negativa</i>
	<i>103 Causas para sentirse bien</i>
	<i>104 Causas para sentirse mal</i>
	<i>105 La hospitalización como un corte con la vida cotidiana</i>
Estados emocionales	<i>201 Asocian la hospitalización a estados emocionales negativos (Aburrimiento, Angustia, Apatía, Enfado, Impotencia, Miedo, Soledad, Tristeza, Vaciedad)</i>
	<i>202 Asocian la hospitalización a estados emocionales positivos (Entusiasmo, Esperanzado, Felicidad, Gratitud, Libertad, Placentero, Relajación, Satisfacción)</i>
	<i>203 Asocian los talleres de arte a estados emocionales negativos (Aburrimiento, Angustia, Apatía, Enfado, Impotencia, Miedo, Soledad, Tristeza, Vaciedad)</i>
	<i>204 Asocian los talleres de arte a estados emocionales positivos (Entusiasmo, Esperanzado, Felicidad, Gratitud, Libertad, Placentero, Relajación, Satisfacción)</i>
Dimensión temporal	<i>301 El paso del tiempo es percibido como momentos asociados a actividades</i>
	<i>302 El paso del tiempo es percibido como momentos asociados a estados emocionales</i>
	<i>303 El tiempo en el hospital pasa lento</i>
	<i>304 El tiempo en el hospital pasa rápido</i>
	<i>305 El tiempo en los talleres de arte pasa lento</i>
	<i>306 El tiempo en los talleres de arte pasa rápido</i>
Dimensión espacial	<i>401 La palabra hospital es un tabú</i>
	<i>402 Espacio de encierro</i>
Necesidad de control	<i>501 Falta de control</i>
	<i>502 Sensación de control</i>
Experiencia de talleres de arte	<i>601 Experiencia positiva de talleres de arte</i>
	<i>602 Experiencia de talleres de arte negativa</i>
Función de los talleres de arte	<i>701 Los talleres establecen un corte con la experiencia de hospitalización</i>
	<i>702 Los talleres establecen un corte con la experiencia de enfermedad</i>
	<i>703 Los talleres son una instancia de aprendizaje</i>
	<i>704 Los talleres de arte no son útiles</i>

Tabla 8. Unidades de análisis para cada una de las categorías de análisis de la segunda entrevista.

Para la identificación de estas unidades de análisis en la primera y segunda entrevista, se confeccionaron rejilla (ver anexo 2). La rejilla de codificación es una tabla de doble entrada en la que las filas representan las unidades de análisis y las columnas las entrevistas. El juez debía codificar si la unidad de análisis aparecía a lo largo de la entrevista.

Una vez revisadas y ajustadas la categorías y unidades de análisis, se procedió a realizar una prueba piloto con la codificación de una entrevista por parte de uno de los jueces (enfermera cursando doctorado).

Los datos de la prueba piloto indicaron que el diccionario de codificación 1 era comprensible, pero que una de las categorías de análisis de las entrevistas a adolescentes tendía a malinterpretarse con otra, con lo cual se procedió a eliminarla, a la vez que se realizaron diferentes modificaciones en las unidades de análisis (ortografía, redacción).

El mismo procedimiento se realizó con el diccionario de codificación 2, entregado a una jueza (doctora en psicología). Los datos de la prueba piloto indicaron que el diccionario de codificación 2 era comprensible, si bien se realizaron diferentes modificaciones en las unidades de análisis (principalmente, redacción)

8.1.2. Evaluación interjueces

Si bien se acepta que la fiabilidad interjueces, como parte importante del análisis de contenido, no es una medida de validez, si no es utilizada correctamente, los datos producidos y sus interpretaciones no pueden ser considerados válidos (Neuendorf, 2002).

Tal como indican Kolbe y Burnett (1991) la fiabilidad interjueces puede ser entendida como una medida de calidad investigativa.

Posteriormente a la prueba piloto se entregó a cada juez el diccionario de codificación 1 (anexo 2) con las categorías de análisis para entrevistas a adolescentes y 20 entrevistas (10 pre-intervención y 10 post-intervención) seleccionadas aleatoriamente. La muestra de entrevistas representó más del 20 % del total de entrevistas realizadas. Las entrevistas entregadas eran las mismas para todos los jueces, ya que se ha demostrado que la codificación de las mismas unidades proporciona una base más eficiente para evaluar el acuerdo de los jueces (Neuendorf, 2002).

Ulteriormente a la prueba piloto, y la codificación de entrevistas a adolescentes, se entregó a cada uno de los mismos jueces el diccionario de codificación 2 con las categorías de análisis para las entrevistas al personal

sanitario y las 10 entrevistas al personal sanitario (que constituyen el total de entrevistas).

Se realizó un nivel de análisis de las codificaciones realizadas por los jueces según la aparición de la unidad de análisis a lo largo de cada entrevista (codificación binaria).

A continuación se detalla la modalidad de análisis estadístico

8.1.2.1. Análisis de acuerdo interjueces

Para el recuento de los datos codificados por los jueces, se ha optado por el análisis mediante una generalización del coeficiente Tau de Kendall.

La fórmula para hallar el acuerdo o concordancia interjueces, con un ejemplo, es:

$I = \text{N}^\circ$ de casos a juzgar (personas, objetos, ítems, etc)

$J = \text{N}^\circ$ de Jueces

$X_{ij} = 1$ si el Juez j valora “*Presencia*” en el caso i

$X_{ij} = 0$ si el Juez j valora “*Ausencia*” en el caso i

$X_{i\bullet}$ = Total de “Presencias” valoradas en el caso i por todos los Jueces

$X_{\bullet\bullet}$ = Total de “Presencias” valoradas

$$\kappa = \frac{\text{Total de Pares Concordantes} - \text{Total de Pares Discordantes}}{\text{Total de Pares}}$$

donde:

$$TPC = \text{Total de Pares Concordantes} = I \binom{J}{2} - \sum_{i=1}^I X_{i\bullet} (J - X_{i\bullet}) =$$

$$= I \binom{J}{2} - J X_{\bullet\bullet} + \sum_{i=1}^I (X_{i\bullet})^2$$

$$TPD = \text{Total de Pares Discordantes} = \sum_{i=1}^I X_{i\bullet} (J - X_{i\bullet}) = J X_{\bullet\bullet} - \sum_{i=1}^I (X_{i\bullet})^2$$

$$TP = \text{Total de Pares} = I \binom{J}{2} = I \frac{J(J-1)}{2}$$

con lo cual, después de simplificar, queda:

$$\tau = 1 - 4 \frac{J X_{\bullet\bullet} - \sum_{i=1}^I (X_{i\bullet})^2}{I J (J-1)}$$

En la siguiente tabla resuelvo un supuesto, a modo de ejemplo, de 4 Jueces

($J = 4$) que juzgan la presencia o ausencia de algo en 10 casos ($I = 10$):

Caso	Jueces				Recuentos	
	1	2	3	4	$X_{i\bullet}$	$(X_{i\bullet})^2$
1	0	0	0	1	1	1
2	0	0	0	0	0	0
3	1	1	0	1	3	9
4	1	0	1	1	3	9
5	1	1	1	1	4	16
6	0	0	0	0	0	0
7	1	1	1	1	4	16
8	1	1	1	0	3	9
9	1	1	0	1	3	9
10	0	0	0	0	0	0
Total					21	69

con lo cual el grado de acuerdo es:

$$\tau = 1 - 4 \frac{J X_{\bullet\bullet} - \sum_{i=1}^I (X_{i\bullet})^2}{I J (J-1)} = 1 - 4 \frac{4 \times 21 - 69}{10 \times 4 \times 3} = 0.50$$

8.1.3. Análisis cualitativo y cuantitativo de las entrevistas

Una vez que las unidades e análisis demostraron tener un grado de acuerdo significativo interjueces, el investigador procedió a realizar un análisis del total de entrevistas identificando las unidades de análisis en cada una.

Este procedimiento se realizó mediante el software de análisis cualitativo Nvivo v.9, lo que facilita la realización de mapas de unidades de análisis y su vinculación a cada uno de los entrevistados.

Una vez codificadas todas las entrevistas e identificadas las unidades de análisis en cada una, se procedió a un análisis cuantitativo de estas variables cualitativas mediante prueba de chi cuadrado, donde un $p < 0,05$ fue considerado significativo.

RESULTADOS

1. Resultados demográficos

De los 50 adolescentes participantes, 28 son mujeres (56%), y 22 son varones (44%), lo cual es representativo de los ingresos psiquiátricos realizados en Hospitales de la Comunidad de Madrid para el año 2007 con 47% hombres; 52% mujeres¹⁹ o 52% varones y 47% mujeres hospitalizados con trastornos mentales menores de 24 años en el territorio nacional español en 2007²⁰. El total de pacientes ingresados en la UDPA es de 878 para el período 2006-2008, por lo que el estudio comprende un total de 6% de la población total ingresada. Inicialmente, en la muestra aleatoria realizada para este estudio participaron 54 adolescentes, de los cuales 4 fueron descartados por no estar en las condiciones psíquicas necesarias para poder participar del estudio (falta de contacto con la realidad), y han participado 50. Por lo que, ese puede considerar que estos 50 serían representativos de aproximadamente el 92% de los 878 pacientes ingresados en la UDPA para el período 2006-2008.

El promedio de edad, tanto para mujeres como para varones, es de 15 años, con una desviación estándar de 1,41 para varones y 1,36 para mujeres. La edad que se presenta con más frecuencia en los adolescentes que participaron en éste estudio es 16 años.

¹⁹ Fuente: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid, ver: bit.ly/1aqwllW

²⁰ Fuente: Instituto nacional de Estadística, ver: bit.ly/Za0CUc

1.1. Número total de hospitalizaciones de los participantes previos a la intervención

El 62% (n=31) de los entrevistados fue hospitalizado una sola vez en la UDPA, mientras que el 38% (n=19) han sido hospitalizados dos o más veces (con un máximo de 5 veces de hospitalización).

Resulta de interés conocer el número de hospitalizaciones de los participantes previo a la intervención para, más adelante, poder establecer si la percepción de hospitalización presenta variaciones en función del número de hospitalizaciones.

1.2. Número de días de hospitalización

Al momento de realizar la primera entrevista en los adolescentes hospitalizados, es decir previo a la intervención de los talleres de creatividad, un 70% (n=35) llevaba al menos 3 días ingresados, mientras que un 30% (n=15) llevaban más de 3 días de hospitalización (Figura 7).

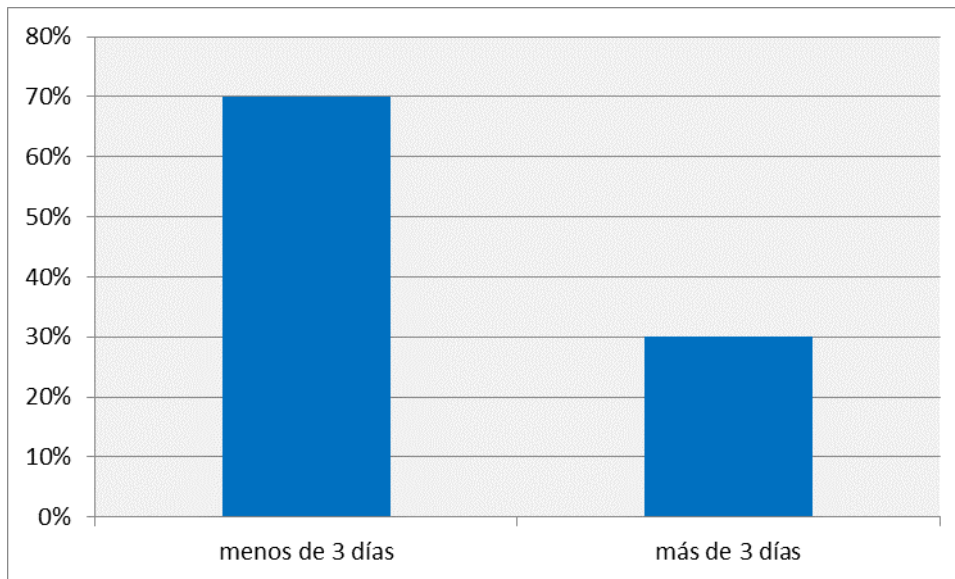


Figura 7. Días de hospitalización anteriores a la primera entrevista

Con posterioridad a la intervención fue realizada la segunda entrevista a los mismos adolescentes (que coincidía con la finalización de hospitalización). El promedio de días que los participantes han estado hospitalizados al momento de la segunda entrevista, es decir es de 17,34 días con una desviación estándar de 13,92 y una mediana de 14. (Figura 8).

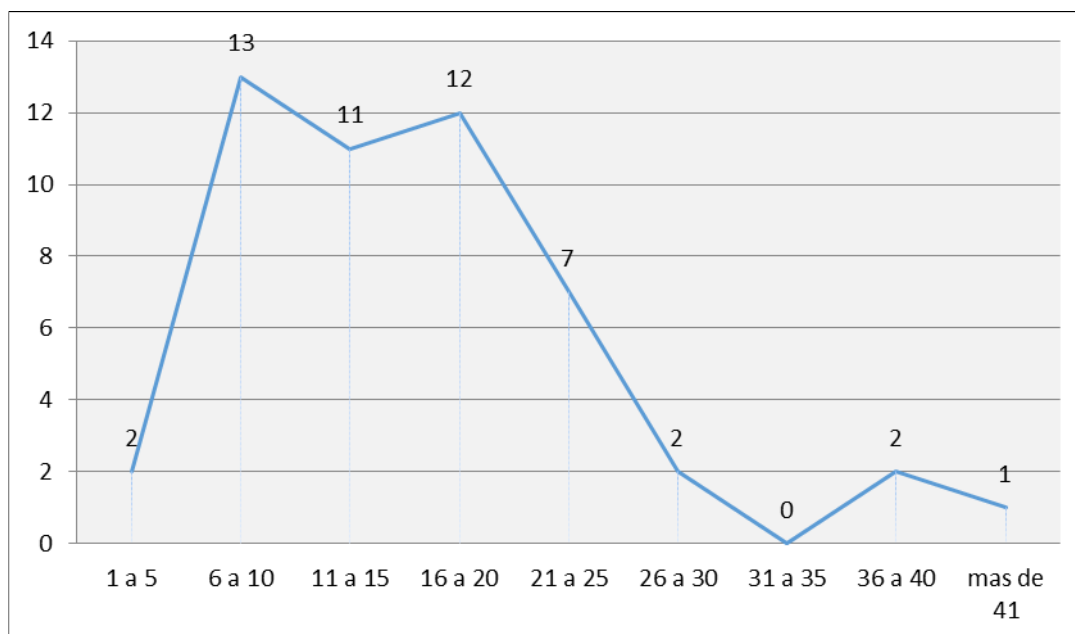


Figura 8. Total de días de hospitalización hasta la segunda entrevista.

Resulta interesante saber cuántos días de hospitalización llevaban los participantes hasta la segunda entrevista, para más adelante poder establecer si la percepción de hospitalización presenta variaciones en función de los días de hospitalización.

1.3. Asistencia a talleres

Los participantes han asistido a un promedio de 4,5 talleres. Entre 1 y 4 talleres han asistido el 58% (n=29), entre 5 y 8 talleres el 34% (n=17), entre 9 y 12 el 6% (n=3), y entre 13 y 17 un 2% (n=1) (figura 9).

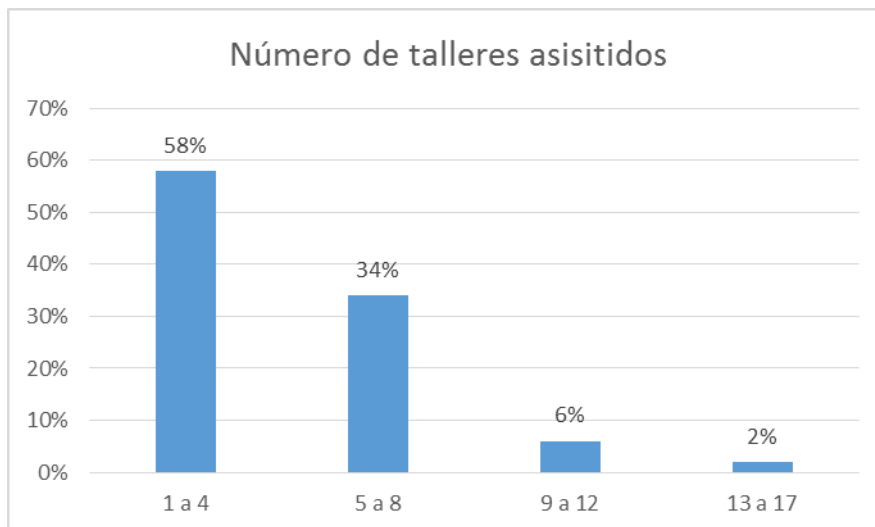


Figura 9. Número de talleres asistidos por los participantes

2. Experiencia de hospitalización

2.1. Percepción de la hospitalización.

Con el fin de conocer cómo experimentan los adolescentes la hospitalización, hemos consultado en la primera entrevista y la segunda entrevista sobre su percepción de la hospitalización.

Primera entrevista

En la primera entrevista, es decir previa al desarrollo de los talleres de creatividad, el 24% (n=12) de los entrevistados reportaron una percepción

positiva de la hospitalización, un 74% (n=37) manifestaron tener una experiencia negativa de la hospitalización, y un 2% (n=1) no fue capaz de reportar (figura 10).

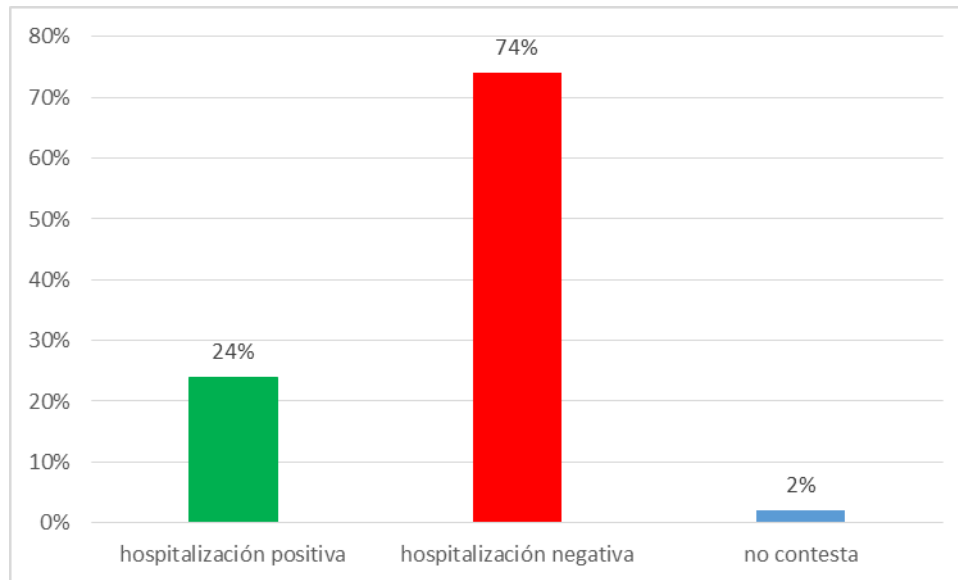


Figura 10. Valoración de la experiencia de hospitalización en primera entrevista

Los entrevistados mencionaban la percepción negativa de la hospitalización, principalmente vinculada a la falta de libertad, y el encierro, en los siguientes términos:

“Me siento encerrada. Me duele no poder hacer lo que quiero. Necesito moverme. Aquí, me siento apretada”

(Nuria, 17 años)

“Aquí no me puedo expresar [*¿Cómo te estás sintiendo?*]
Mal, no me gusta estar aquí. Esto es una mierda” (José, 13 años)

“Es como si me hubieran quitado la libertad, como si me quitasen todo. Es como si no fuera yo. Aquí me estoy volviendo loco. Entré mejor de lo que saldré. Entré porque como poco, y de muy pocos alimentos. Es la peor experiencia que he tenido en mi vida” (Juan, 15 años)

“Me siento oprimido, encarcelado, es mucha presión para mí. Aquí adentro se corta la libertad de los pacientes”
(Daniel, 16 años)

En tanto, que la percepción positiva se expresó en los siguientes términos:

“Muy bien, nos apoyamos entre los chicos y las chicas, y con algunas enfermeras. Antes era más duro, en el [hospital] Niño Jesús, que era donde estaba yo, no podías

salir de tu cuarto, estabas todo el tiempo sola, ahí dentro.

Aquí, puedes caminar por los pasillos y se pueden hacer dibujos, te puedes relacionar con la gente, hay terapias.

Aquí es mejor que en el niño Jesús. (Tania, 16)

Segunda entrevista

A diferencia de la primera entrevista, en la segunda entrevista (post-intervención), un 54% (n=27) manifestó una experiencia de hospitalización positiva, en tanto que un 40% (n=20) indicó una percepción negativa de la hospitalización. Un 6% (n=3) no fue capaz de reportar.

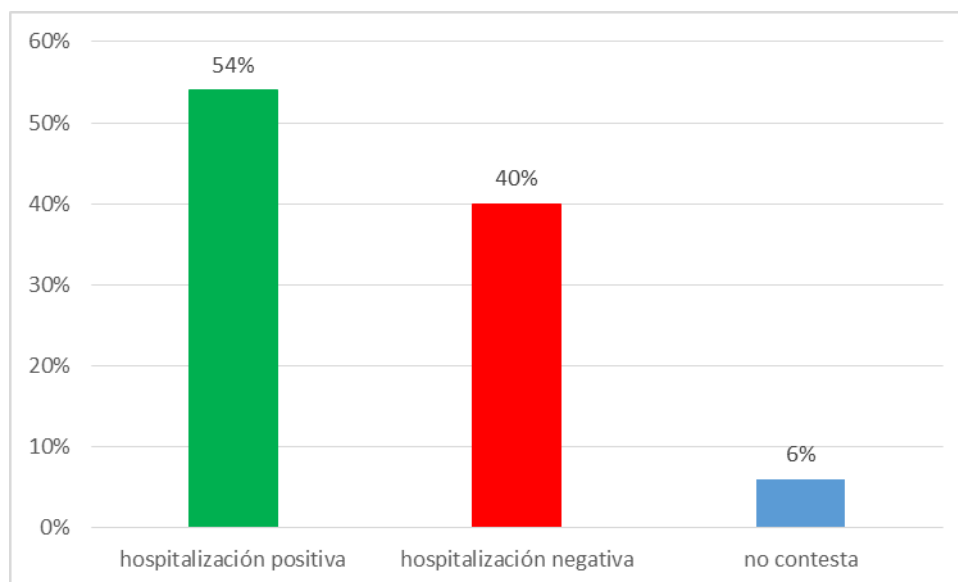


Figura 11. Valoración de la experiencia de hospitalización en segunda entrevista

Si comparamos las respuestas de la primera entrevista con las de la segunda entrevista se observa que aumenta un 30% (n=15) la percepción de hospitalización positiva, a la vez que disminuye un 34% (n=17) la negativa. También, se aprecia que se triplica el número de entrevistados que no son capaces de reportar una experiencia de hospitalización positiva o negativa.

Pre-intervención						Post-intervención							
Hosp+		Hosp-		N/C		Hosp+		Hosp-		N/C		x ²	p
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
12	24	37	74	1	2	27	54	20	40	3	6	11.84	.003

Tabla 9. Percepción de hospitalización en la primera y segunda entrevista

Al referir a la hospitalización en términos negativos, la mayoría describe la situación como de “encierro”, “encarcelamiento”, “fatal” o que han entrado mejor de lo que salen:

“Al principio bien, porque no sabía cómo era esto, pero luego no me gustó, todo son reglas aquí, no te dejan salir, ni fumar, vamos no puedes ser tu misma, este encierro me agobia mucho” (Pilar, 14 años)

“No es esto lo que necesitaba. Esta vez ha sido peor que otras veces, me sentí más agobiada, más encerrada. Y me empiezo a agobiar y lloro. Lo paso todo el día en la habitación, encerrada, llorando, triste. Este lugar es horrible” (Natalia, 17 años)

“Mal, fatal, y horriblemente mal. Esto es una cárcel. Hasta para ducharme tengo que dejar la puerta abierta, para no vomitar en la ducha. Estoy ya hartito. Me siento peor de lo que entré” (Juan, 15 años)

Para referir a la hospitalización positiva, la mayoría refiere a un progreso paulatino durante en tratamiento, o que han alcanzado un nivel de mejoría del que pueden dar cuenta.

“Ahora estoy bien, bien, pero he tenido días malos. Esto me ha hecho madurar y ver muchas cosas que antes no veía. [...] Al principio estaba hecha una mierda, muy deprimida, fatal, y poco a poco volví a ser la chica que era antes” (Marisa, 16)

“He pasado por todo: feliz, triste, divertido, aburrido... todo. Pero en general me encuentro bien, y me parece bien el tratamiento” (José, 13 años)

2.2. Percepción de hospitalización según el número de días de hospitalización total

Interesa explorar si a mayor número de días de hospitalización de los adolescentes, varía en ellos la percepción que tienen de la hospitalización.

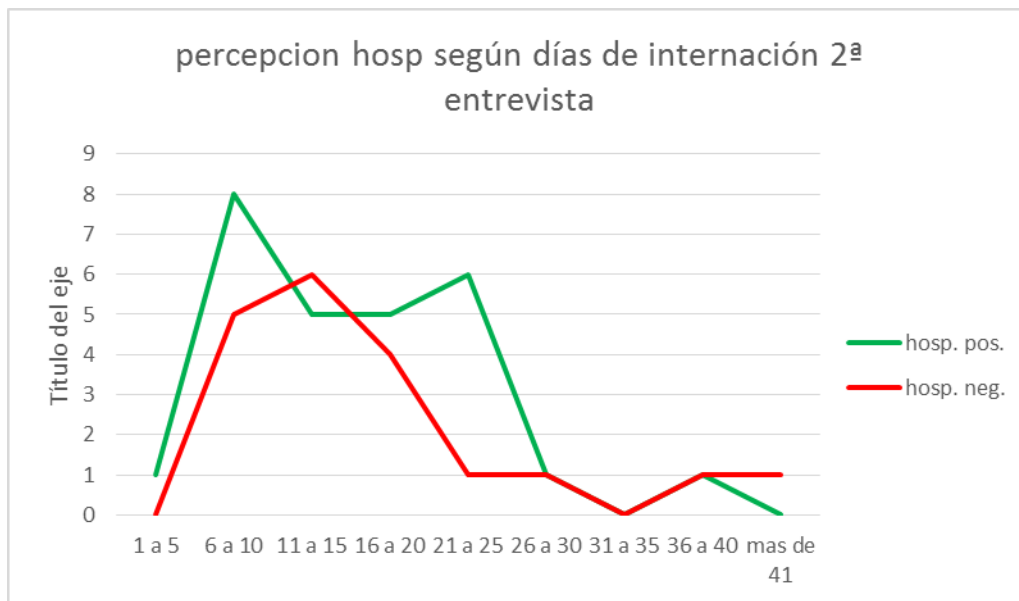


Figura 12. Percepción de la hospitalización según los días de internación.

Según se aprecia en la figura 12 surge con claridad que no existiría una clara relación entre los días de hospitalización y la percepción de hospitalización, dado que la proporción de positivos/negativos (percepción de hospitalización positiva y negativa) siguen una tendencia similar al aumentar la hospitalización.

2.3. Percepción del control

Se ha explorado la falta de control y sensación de control por parte de los adolescentes respecto a su proceso de hospitalización. Los resultados muestran que previo a la intervención un 38% (n=19) de los participantes tiene la percepción de una falta de control, mientras que un 2 % (n=1) tiene la sensación de control, y 60% (n=30) no hace referencia a ninguna de las anteriores.

Posterior a la intervención, la percepción de falta de control desciende a un 28% (n=14) en tanto que aumenta la sensación de control a un 36% (n=18), mientras que un 36% (n=18) no hace referencia a ninguna de las anteriores.

Pre-intervención						Post-intervención							
Control		No control		N/C		Control		No control		N/C		x ²	p
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	2	19	38	30	60	18	36	14	28	18	36	18.97	<0.001

Tabla 10. Percepción de control en la primera y en la segunda entrevista

Como se muestra en la tabla 10 existiría una relación significativa con un $p < 0,05$ entre el avance del proceso de hospitalización y un aumento en la percepción del control por parte de los entrevistados.

Respecto a cómo valoran la hospitalización encontramos que en la segunda entrevista, la mayoría que reporta sensación de control valora la experiencia de hospitalización como positiva (15 de 18), y la mayoría de casos que reportan falta de control la valoran como negativa (11 de 14).

Hospitalización positiva						Hospitalización negativa							
Control		No control		N/C		Control		No control		N/C		x ²	p
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
15	30	3	6	32	64	3	6	11	22	36	72	12.81	0.002

Tabla 11. Percepción de control según la percepción de hospitalización en la segunda entrevista.

Tal como se observa en la tabla 11 se puede apreciar que la sensación de control se asocia más a la percepción de hospitalización positiva, y que la falta de control se asocia más a la percepción de hospitalización negativa ($p < 0,05$).

2.4. Percepción del espacio hospitalario

Otro de los elementos que puede contribuir a la experiencia de hospitalización, y su valoración negativa o positiva es la percepción del espacio físico del hospital, por ello nos ha resultado de interés explorar esta categoría.

Hemos centrado la percepción del espacio en dos subcategorías. Por un lado, si la palabra hospital aparecía en las entrevistas o si era sustituida por otra (por ej. “aquí”; en este lugar”, etc.); por otro lado, si se refería al espacio de hospitalización como un espacio de encierro (habitualmente, manifestado mediante palabras como “cárcel”, “cerrado”, “sin aire”).

En la primera entrevista un 98% (n=49) de los adolescentes sustituye la palabra hospital por otras, sin mencionarla a lo largo de toda la entrevista. En tanto, en la segunda entrevista un 92% (n=46) continúa sin mencionar la palabra hospital.

Por su parte, en la primera entrevista un 52% (n=26) de los adolescentes perciben el hospital como un espacio de encierro, el 92% (n=24) cuales valora la hospitalización como negativa.

En la segunda entrevista, un 48% (n=24) percibe el hospital como un espacio de encierro, el 60% (n=14) de los cuales valora la hospitalización como negativa.

En suma, se observa que a lo largo de toda la intervención casi ningún entrevistado ha pronunciado la palabra hospital, en su lugar han utilizado expresiones neutras como “aquí dentro”, “este lugar” o valorativas como “cárcel”. Los resultados también muestran que a lo largo de la intervención el espacio hospitalario es percibido por casi la mitad de los adolescentes (n=26 en primera entrevista y n=24 en segunda entrevista) como un espacio de encierro.

Lo que sí descende a lo largo de la intervención es la valoración negativa de la hospitalización entre aquellos que asocian al hospital como un espacio de encierro (de n=24 a n=14).

“...me siento oprimido, afectado por los problemas [...]

Mejor pon ahí que no es oprimido como me siento, sino encarcelado. Pon encarcelado mejor. Aquí dentro se corta la libertad de los pacientes” (Carlos, 16)

“Estar encerrado te agobia, no puedes tener movimiento. A veces en la calle también me agobio, pero aquí es peor. Imagínate que te llevan a la cárcel. Pues esto es igual”.
(Leonardo, 16)

“No muy bien, aquí adentro se hace eterno, parece un manicomio, tengo ganas de salir a correr, me siento como encerrado. He estado sedado desde que entré y por eso se me pasó rápido, pero espero salir rápido” (Juan, 15 años)

3. Talleres de creatividad

3.1. Experiencia en los talleres de creatividad artística

Con el fin de conocer cómo han experimentado los adolescentes los talleres de creatividad artística, hemos consultado en la segunda entrevista sobre su percepción de los talleres.

Un 92% (n=46) de los entrevistados informó haber tenido una experiencia positiva, mientras que un 8% (n=4) tuvo una experiencia negativa, tal como se muestra en la figura 13.

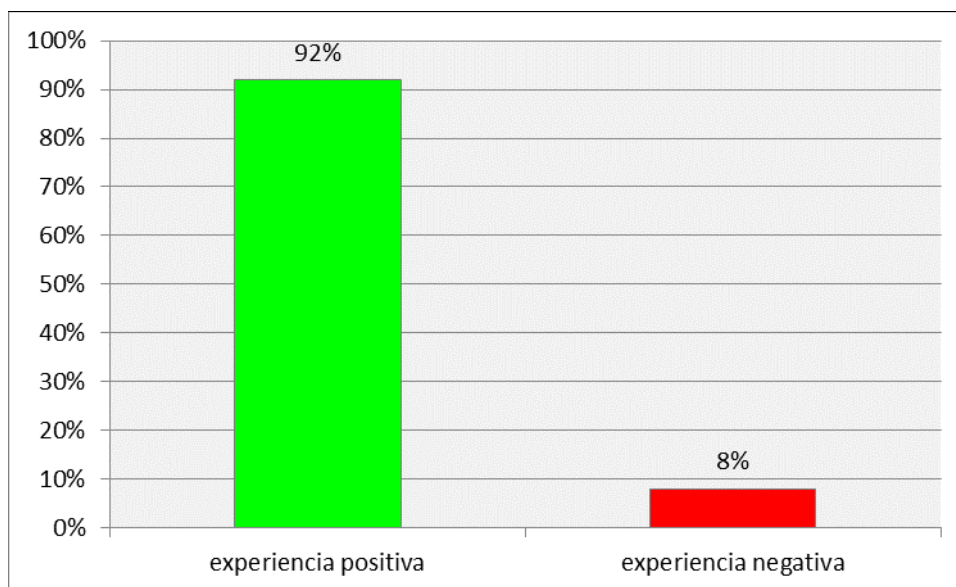


Figura 13. Valoración de talleres de creatividad artística

La evaluación de los talleres por parte de los adolescentes es muy positiva. Las respuestas referentes a qué sintieron durante los talleres son muy variadas, la mayoría hacen mención a un momento para sentirse bien, a gusto o relajado. A esto se suman apreciaciones como:

“Sentí ilusión por el futuro” (María, 14 años)

“...sentía libertad, por un ratito. Una libertad falsa, ilusoria” (Noemí, 17 años)

“, si no hubiera sido por esos talleres estaría el doble de peor” (Pedro, 16 años)

“Agradecimiento,... a mí me cuesta aprender, pero lo han logrado” (Carlos, 14 años)

“Estaba en una nube” (Patricia, 13 años)

Resulta de interés explorar cómo se relaciona la valoración de los talleres de creatividad con la valoración de la experiencia de hospitalización en la segunda entrevista.

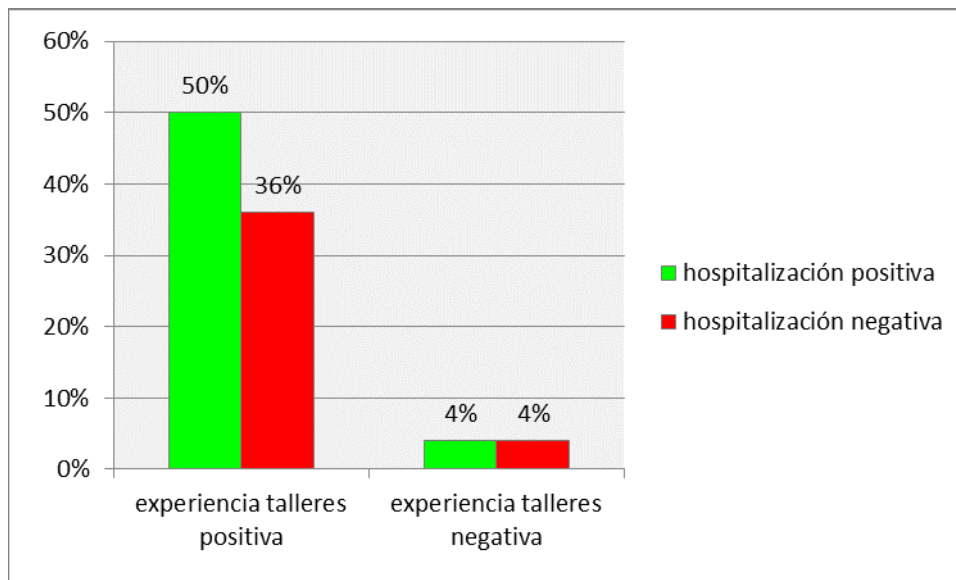


Figura 14. Valoración de talleres de creatividad en relación a valoración de experiencia de hospitalización

Tal como se presenta en la figura 14 el 50% (n=25) de los adolescentes valoraron los talleres de creatividad y la hospitalización como positivas, mientras que un 36% (n=18) valoró positivamente los talleres pero percibe la hospitalización como negativa.

Solo un 4% (n=2) de los que valoraron la hospitalización como positiva valoraron negativamente los talleres.

Talleres perc. positiva						Talleres perc. negativa						x ²	p
Hosp. +		Hosp. -		N/C		Hosp. +		Hosp. -		N/C			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
25	50	18	36	3	6	2	4	2	4	0	0	0.38	0.826

Tabla 12. Valoración de talleres de creatividad en relación a valoración de experiencia de hospitalización.

Es decir, los resultados arrojan que no hay una relación significativa entre la percepción de los talleres de creatividad y la percepción de hospitalización ($p > 0,05$).

Respecto a la cantidad de talleres a los que los participantes han asistido, los resultados muestran que la media de talleres asistidos es muy similar para ambas valoraciones de hospitalización: 4,9 talleres para hospitalización positiva y 4,5 talleres para hospitalización negativa.

4. Atribución de causas para sentirse bien y para sentirse mal

Ha resultado de interés explorar si los adolescentes entrevistados podían establecer causas respecto a la percepción de su hospitalización, fuera ésta positiva o negativa. De esta forma, se ha procurado rescatar aspectos específicos que lo entrevistados pudieran mencionar para fundamentar su percepción de hospitalización.

En la primera entrevista, un 4% (n=2) logró establecer causas para sentirse bien, y un 40% (n=20) pudo establecer causas para sentirse mal.

Por su parte, en la segunda entrevista un 60% (n=30) fue capaz de atribuir causas para sentirse bien, mientras que un 20% (n=10) manifestó causas para sentirse mal. Con respecto a la primera entrevista esto supone un aumento en la atribución de causas para sentirse bien, y una disminución del 50% en la atribución de causas para sentirse mal (figura 15)

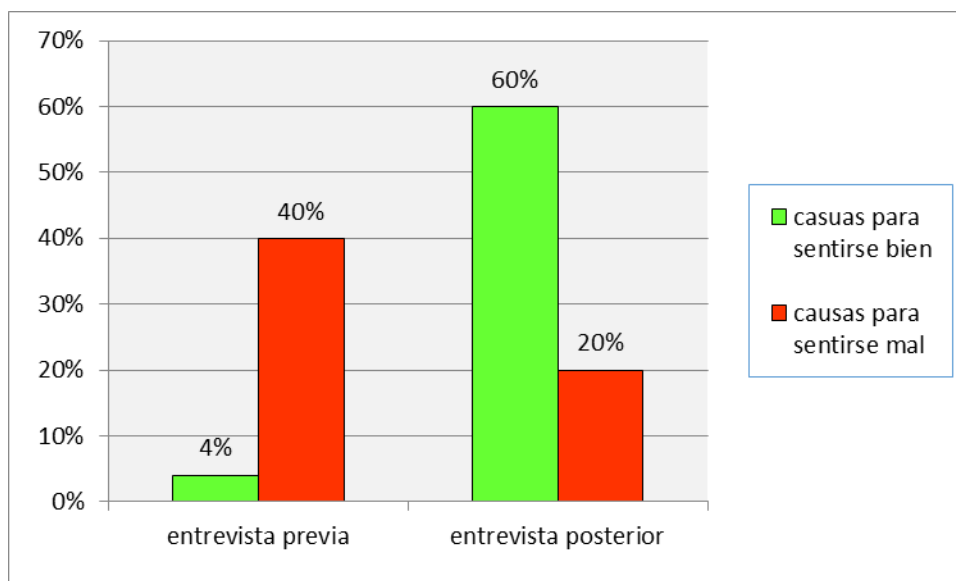


Figura 15. Causas para sentirse bien y causas para sentirse mal en primera entrevista y segunda entrevista

Pre-intervención						Post-intervención						x ²	p
Causas bien		Causas mal		N/C		Causas bien		Causas mal		N/C			
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
2	4	20	40	28	56	30	60	10	20	10	20	36.36	<0.001

Tabla 13. Causas para sentirse bien y causas para sentirse mal en la primera y en la segunda entrevista

Tal como se aprecia en la tabla 13 existe una diferencia significativa ($p < 0,05$) en las causas para sentirse bien y las causas para sentirse mal entre la pre y la post intervención. Se aprecia que las causas para sentirse bien aumentan por 15 veces su aparición inicial, y las causas para sentirse mal disminuyen a la mitad.

Respecto a cómo se vinculan las causas a la experiencia de hospitalización, en la primera entrevista todos los casos que atribuyeron causas para sentirse bien también valoraron positivamente su hospitalización, y todos lo que manifestaron causas para sentirse mal valoraron negativamente su hospitalización.

Pero en la segunda entrevista, la atribución de causas para sentirse bien o mal es más compleja que en la entrevista previa, ya que aquí los que valoraron la hospitalización como positiva, fueron capaces de atribuir causas para sentirse bien y causas para sentirse mal a la vez. Y lo mismo ocurrió con quienes valoraron la hospitalización como negativa, atribuyendo tanto causas para sentirse bien, como para sentirse mal.

Algunos ejemplos mencionados por los adolescentes de causas para sentirse mal, son:

“No aguanto más este lugar, ¿sabes? aquí uno no puede sentirse...uno mismo, puede sentirse muy solo” (Mariano, 15 años)

“Estoy jodido tío, no pienso bien y me olvido de las cosas, eso me hace sentir fatal, sabes?” (Fernando, 14 años)

“bastante triste, por lo que hice” (Isabel, 15 años)

“Le pegué a mi hermanito. Y a mi sobrino. Estoy arrepentida. Siento culpa. Me siento mal por ello.”

(Macarena, 16 años)

“Mal, antes mi padre era mi amigo, pero soy yo el causante de todo esto. Soy dos personas distintas, el de antes se está esfumando poco a poco” (Marcelo, 16 años)

“Me siento mal porque no puedo ser yo mismo” (Pedro, 16 años)

“Me siento mejor, he aprendido a apoyarme en otros, antes era más duro. Estaba todo el tiempo intentándolo sola, pero me he dado cuenta que me hace bien hablar con otros, expresarme.” (María, 14 años)

“Me ha ayudado apartarme de la rutina, que no te deja ver las cosas como son. Ahora se quiénes son mis amigos de verdad, la gente de veras me quiere, y que yo quiero.”

(Natalia 17, años)

5. La hospitalización como corte con la vida cotidiana

Uno de los principales aspectos resaltados por los adolescentes para valorar negativamente la hospitalización, es que se establece un corte con su vida cotidiana. Nos interesó explorar si variaba este aspecto a lo largo del proceso de hospitalización.

En la primera entrevista, un 20% (n=10) de los participantes reporta que la hospitalización supone un corte con la vida cotidiana, de los cuales un 40% (n=4) ha valorado la experiencia de hospitalización como positiva, y un 60% (n=6) negativa.

En la segunda entrevista se mantiene este 20% (n=10) de participantes reportando la hospitalización como corte con su vida cotidiana, de los cuales el 50% (n=5) valora la hospitalización como positiva, y el otro 50% (n=5) como negativa (Figura 16)

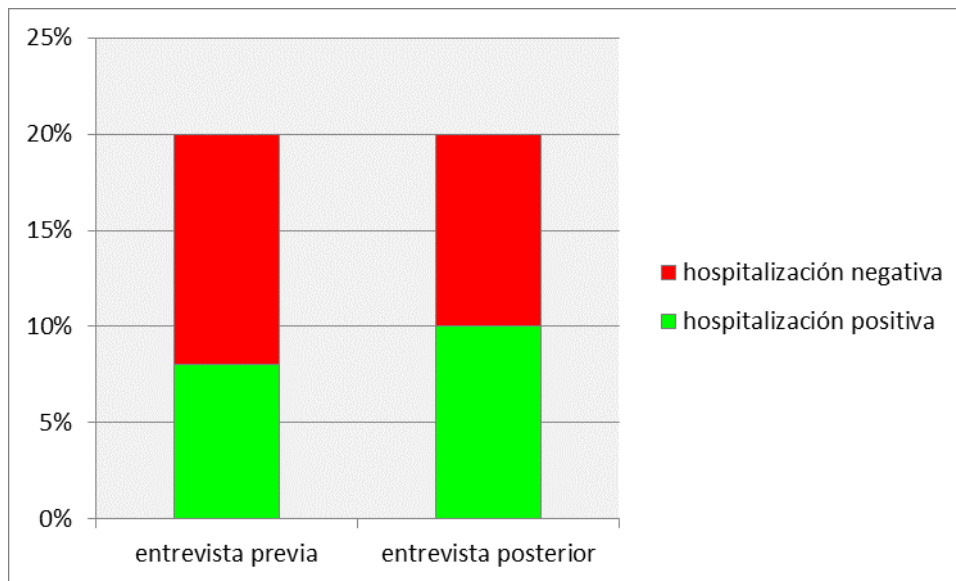


Figura 16. Percepción de hospitalización como corte con la vida cotidiana, según valoración de experiencia de hospitalización positiva o negativa

Se aprecia que a lo largo del proceso de hospitalización se mantiene la cantidad de entrevistados que la valoran como un corte con la vida cotidiana.

“[...] tengo ganas de estar por la calle ¿sabes? Hacer lo que deseas hacer. Tengo ganas de saber qué ha sucedido estos días que he estado encerrado, saber si la chica con la que estaba sigue estando” (Antonio, 14 años)

6. Los talleres como corte con la experiencia de hospitalización

Hemos explorado si los talleres han sido experimentados como un corte con la experiencia de hospitalización y, en caso que sí, si esto se vincularía más a la experiencia de hospitalización negativa o positiva.

Un 66% (n=33) de los adolescentes manifestaron que los talleres de creatividad suponen un corte con la experiencia de hospitalización. De ellos, el 76% (n=25) ha valorado la hospitalización como positiva y el 24% (n=8) como negativa.

Talleres reportados como corte experiencia de hospitalización						Talleres no reportados como corte experiencia de hospitalización							
Hosp. +		Hosp. -		N/C		Hosp. +		Hosp. -		N/C		x ²	p
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
25	50	8	16	0	0	2	4	12	24	3	6	20.36	<0.001

Tabla 14. Talleres como corte con la experiencia de hospitalización

Es importante destacar, a efectos de nuestro estudio, cómo experimentan los adolescentes los talleres de creatividad en el contexto de hospitalización. En este sentido, los talleres de creatividad como corte con la experiencia de hospitalización se asocian en mayor medida con una experiencia de hospitalización positiva ($p < 0,05$).

7. Estados Emocionales

Ha resultado de interés indagar cuales son los estados emocionales que reportan los adolescentes respecto de la hospitalización antes y después de los talleres de creatividad y, a su vez, cuáles son los estados emocionales que experimentan durante los talleres de creatividad. En estos resultados, buscamos identificar si los estados emocionales predominantes respecto a la hospitalización son positivos o negativos, cuáles son, y si varían su aparición antes y después de los talleres de creatividad.

Igualmente, nos proponemos indagar si los talleres generan estados de ánimo positivos o negativos, cuáles específicamente, y si de alguna forma se asocian a estados emocionales positivos o negativos respecto de la hospitalización.

7.1. Estados emocionales asociados a la hospitalización

7.1.1. Estados emocionales negativos

Respecto a los estados emocionales negativos asociados a la hospitalización, los resultados para la primera y segunda entrevista son:

Estados emocionales negativos (hosp.)	primera entrevista		segunda entrevista	
	%	n	%	n
Aburrimiento	22	11	36	18
Angustia	14	7	12	6
Apatía	0	0	2	1
Enfado	8	4	6	3
Impotencia	10	5	16	8
Miedo	6	3	0	0
Soledad	10	5	4	2
Tristeza	24	12	20	10
Vaciedad	2	1	0	0

Tabla 15. Estados emocionales negativos asociados a la hospitalización

En la primera entrevista los estados emocionales negativos más reportados son tristeza un 24%, y aburrimiento un 22%.

“Aquí hay mucha tristeza. Yo estoy triste y me gustaría hacer cosas para ayudar a otros, pero no puedo hacerlas”

(Pedro, 16)

“Hoy se van dos y me da un poco de envidia. Me siento triste. La media son doce días dijo la psiquiatra” (Macarena,

16 años)

“El no ver a tu familia, estar solo, aburrido. No te imaginas como te aburres aquí” (Fernando, 14 años)

“Me siento mal, aburrido de esta rutina” (Antonio, 14 años)

Por su parte, en la segunda entrevista, los estados emocionales más manifestados han sido aburrimiento un 36%, y tristeza un 20%.

“Y me siento triste nuevamente. Seguir encerrado aquí dentro. Ahora estamos en clase y no me gusta” (Daniel, 16 años)

“La verdad es que se las echa de menos aquí [a las monitoras del taller]. Todo ha vuelto a ser aburrido. Y cuanto más te aburres, más te enfadas” (Isabel, 15 años)

“Te aburres, todo el día pensando, triste, con ganas de irte. Aquí todos están tristes. La tristeza sólo la olvidas cuando empezamos con el cachondeo, cuando nos divertimos” (Amalia, 13 años)

“A lo mejor tendría que haber estado más aquí o poner algo más de mí. Pero estar aquí me pone triste y no me dan ganas de nada” (Leonardo, 16 años)

“Es jodido ver gente jodida, [...] te hace sentir mal, que no pues hacer nada.” (Raúl, 17 años)

En la primera entrevista, de las 48 expresiones de estados de ánimo negativos, 41 fueron realizadas por participantes que valoraron negativamente la hospitalización, y 6 por quienes valoraron positivamente la hospitalización, y 1 por quien no reporto percepción de hospitalización.

En la segunda entrevista, de las 48 expresiones de estados de ánimo negativos, 28 fueron realizadas por participantes que valoraron negativamente la hospitalización, y 18 por quienes valoraron positivamente la hospitalización, y 2 por quienes no reportaron percepción de hospitalización.

Estados emocionales negativos pre-inter						Estados emocionales negativos post-inter							
Hosp. +		Hosp. -		N/C		Hosp. +		Hosp. -		N/C		x ²	p
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
6	12	41	82	1	2	18	36	28	56	2	4	8.78	0.012

Tabla 16. Estados emocionales pre y post intervención en relación a valoración de experiencia de hospitalización

Como se aprecia en la tabla 16, si bien el número de expresión de estados emocionales se mantiene (48), hacia el final de la intervención descienden los estados emocionales negativos asociados a una percepción negativa de la hospitalización, y aumentan los asociados a la hospitalización positiva.

7.1.2. Estados emocionales positivos

Respecto a los estados emocionales positivos asociados a la hospitalización, los resultados para la primera y segunda entrevista son:

Estados emocionales positivos (hosp.)	primera entrevista		segunda entrevista	
	%	n	%	n
Entusiasmo	0	0	0	0
Felicidad	0	0	4	2
Gratitud	0	0	8	4
Ilusión	0	0	0	0
Libertad	2	1	2	1
Placentero	0	0	0	0
Relajación	12	6	12	6
Satisfacción	0	0	2	1

Tabla 17. Estados emocionales positivos asociados a la hospitalización

Se observa que la expresión de estados emocionales positivos es muy baja en la primera entrevista, y aumenta muy poco en la segunda entrevista. La relajación aparece como el estado más reportado en ambas entrevistas.

“Mejor, más tranquilo, más relajado, me ha hecho bien...me han hecho bien. Me he controlado” (Antonio, 14 años)

“El primer impacto aquí adentro fue malo, era como una cárcel, pero luego he ido viendo que es un sitio para calmar la agresividad, ahora estoy más calmado, más tranquilo” (Marcelo, 16 años)

Al momento de expresar gratitud, los adolescentes lo hacen mayormente con el personal sanitario, específicamente de enfermería y terapeutas. El motivo de la gratitud es en prácticamente todos los casos de percibir ayuda para solucionar sus problemas personales y/o superar los momentos de angustia durante el proceso de hospitalización.

“Agradezco a todos lo que han hecho por mí, me han ayudado” (Mariano, 15 años)

“Me han ayudado mucho, algunas enfermeras me dieron mucho apoyo al principio. Al final hablábamos y acabábamos razonando, nos comunicábamos, para darme la pastilla para dormir, cuando hablábamos yo entendía, y no era necesario tomarme la pastilla” (Noemí, 17 años)

7.2. *Estados emocionales asociados a los talleres de arte*

7.2.1. *Estados emocionales negativos*

Respecto a los estados de ánimo negativos asociados a los talleres de arte, los resultados son:

Estados emocionales negativos (talleres)	segunda entrevista	
	%	n
Aburrimiento	10	5
Angustia	2	1
Apatía	0	0
Enfado	0	0
Impotencia	2	1
Miedo	0	0
Soledad	0	0
Tristeza	0	0
Vaciedad	0	0

Tabla 18. Estados emocionales negativos asociados a los talleres de arte

Se observa que los estados emocionales negativos respecto a los talleres de creatividad casi no se manifiestan, excepto un 10% (n=5) que reportó aburrimiento, lo cual también es bajo, más aún si comparamos con los estados emocionales negativos de la hospitalización.

“Impotencia, aburrimiento. Me sentaba ahí, decía a todo que sí, luego me levantaba y me iba” (Susana, 15 años)

“Hay veces que me aburren. Otras veces que no. A veces no me apetece hacer nada, y otras veces se pone aburrido. Porque no paro de pensar en el centro” (Alejandro, 16 años)

7.2.2. Estados emocionales positivos

Respecto a los estados de ánimo positivos asociados a los talleres de arte, los resultados son:

Estados emocionales positivos (talleres)	segunda entrevista	
	%	n
Entusiasmo	0	0
Felicidad	26	13
Gratitud	12	6
Ilusión	14	7
Libertad	20	10
Placentero	14	7
Relajación	24	12
Satisfacción	24	12

Tabla 19. Estados emocionales positivos asociados a los talleres de arte

El porcentaje de estados de ánimo positivos que se asocia a los talleres es elevado, más aún si lo comparamos con los estados emocionales positivos respecto de la hospitalización.

En el caso del estado de “felicidad” asociado a los talleres de creatividad, un 26% (n=13) de los adolescentes lo han mencionado.

“Lo que más me gustó hacer fue el videoclip. Cuando estoy en eso no pienso en nada. Se me pasa el tiempo y por un ratito soy feliz” (Nuria, 17 años)

“Sirven para distraernos de los problemas que nos rayan la cabeza y para aprender. Y nos llevamos mejor con los compañeros. Yo a las chicas les estoy agradecida, porque me hicieron ser feliz” (María, 14 años)

“Momentos alegres, de felicidad. El mural fue un momento alegre con mis compañeros. Los sentía divertirse y yo también me divertía. Eso no pasa mucho aquí” (Marisa, 16 años)

“Lo que pasa es que llegaron estas chicas y rompieron la rutina, aquí todo es muy rutinario, las otras actividades son siempre iguales, todos los días lo mismo. Por ejemplo, en terapia, es siempre lo mismo, se acaban los temas, los temas son la droga, los amigos de fuera y tus problemas. Sobre todo la droga...es que se acaban los temas, pero las chicas de arte proponen siempre cosas distintas y eso te hace feliz. Todos los chicos se ponen mejor y se crea un buen rollo” (Carlos, 16 años)

También los estados de “satisfacción” y “relajación” fueron muy reportados, y alcanzaron un 24% (n=12).

“Me lo he pasado bien, relajada. Es lo único que me ha gustado de aquí adentro” (Carla, 15 años)

“Me han gustado un montón los graffitis y los juegos, como gymkana, es que esas cosas, y los graffitis más, ya me gustaban cuando estaba fuera de aquí. Me he sentido relajado, ¿sabes? a gusto, sin preocupaciones” (Alberto, 15 años)

“A veces no hacía lo que me pedían me cerraba mucho, me daba vergüenza. Todos me dicen que dibujo bien, pero yo no lo creo. Luego me fui abriendo y las chicas me decían, que abrirse era mejor para el arte, y lo hice y me gustó” (Amalia, 13 años)

“Estar en Bellas Artes significaba estar conmigo mismo: no pensar en comida, no pensar en mis padres, no pensar en todas las cosas malas que hacen a mi vida, bueno a una parte de mi vida. Así, era yo mismo otra vez” (Miguel, 15)

Algunas de las expresiones que manifestaron los adolescentes son, a modo de ejemplo:

“Agradecimiento..., a mí me cuesta aprender, pero lo han logrado” (Carlos, 14 años)

“...sentía libertad, por un ratito. Una libertad falsa, ilusoria” (Noemí, 17 años)

“Sentí ilusión por el futuro” (María, 14 años)

“¡Uy! Los talleres de arte, ahí se olvida todo, todas las penas. Mientras estaba dentro era como salir y ver la luz del sol. Me encantaron” (Carla, 15 años)

7.3. Estados emocionales para talleres de creatividad y para la experiencia de hospitalización

Si comparamos gráficamente los estados de ánimo expresados para los talleres, a los estados de ánimo asociados a la hospitalización al final del

proceso, encontramos que los estados emocionales negativos se manifiestan más al referirse a la hospitalización que a los talleres de creatividad (figura 17), mientras que los estados emocionales positivos son mayormente reportados para los talleres de creatividad que para el proceso de hospitalización (figura 18).

Es decir, se aprecia claramente que los talleres de creatividad podrían vincularse a la generación de estados de ánimos más positivos que el proceso total de hospitalización.

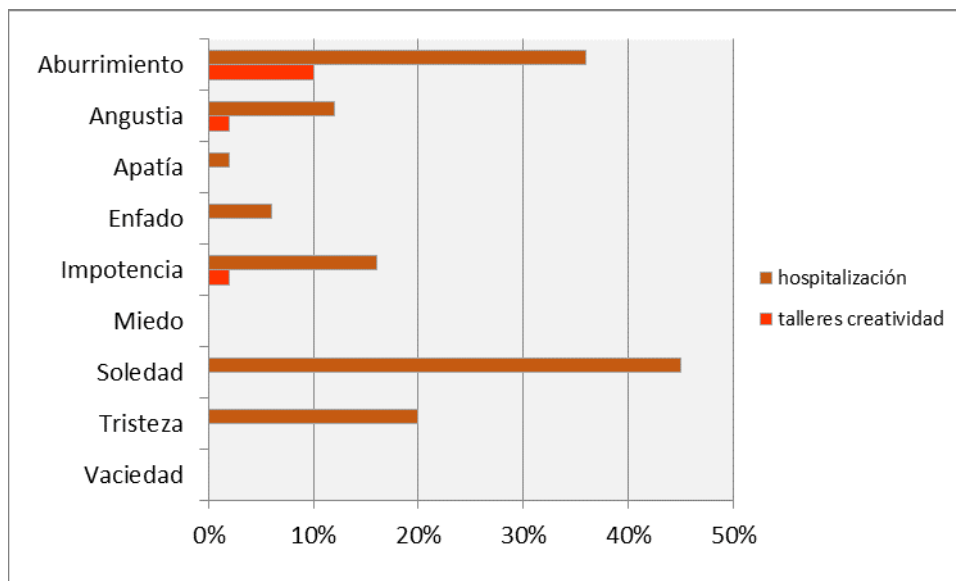


Figura 17. Estados emocionales negativos referidos a talleres de creatividad y experiencia de hospitalización en la segunda entrevista.

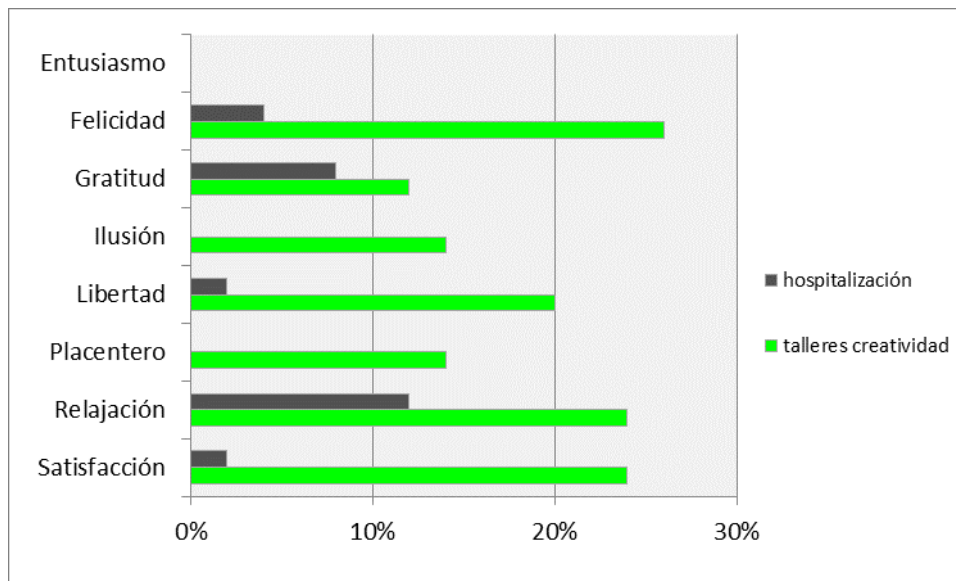


Figura 18. Estados emocionales negativos referidos a talleres de creatividad y experiencia de hospitalización en la segunda entrevista.

8. El tiempo en el Hospital

8.1. *Percepción del transcurrir del tiempo*

Ha resultado de interés explorar cómo era percibido el paso del tiempo en el hospital (lento o rápido), para luego compararlo a la percepción del tiempo durante los talleres de creatividad artística, puesto que cómo es percibido el tiempo es una de las características que define el estado de flujo.

Si bien durante las entrevistas no se preguntó a los participantes directamente sobre este aspecto, apareció espontáneamente en varias de

ellas. En la tabla 20 se presentan los resultados de la percepción del paso del tiempo durante los talleres y durante el proceso de hospitalización total (resultados extraídos en la segunda entrevista):

Percepción del tiempo en hospitalización						Percepción del tiempo en talleres de creatividad							
Lento		Rápido		N/C		Lento		Rápido		N/C		x ²	p
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
9	18	2	4	39	78	2	4	10	20	38	76	9.800	0.007

Tabla 20. Percepción del paso del tiempo en los talleres y el proceso de hospitalización total.

Como se observa en la tabla 20, la percepción de que el tiempo pasa rápido se asocia más a los talleres de creatividad, y la percepción de que pasa lento se relaciona más al proceso de hospitalización ($p < 0,05$).

La percepción del tiempo en el hospital se expresa:

“Un día aquí se te hace una semana, una semana fatal”

(Alejandro, 16 años)

“Todo el día se hace muy largo aquí, el tiempo no pasa más” (Amalia, 13 años)

La percepción del tiempo en los talleres:

“El de la tarde se pasa largo, pero el de las chicas se pasa rápido. Cuando quieres ver ya se ha terminado, pero has aprendido cosas” (Fernando, 14 años)

“Por ejemplo, los grafitis. Yo les diría la terapia de los grafitis. Porque te distraen, hacen que te sientas mejor, y se te pasa el tiempo más rápido. Te lo pasas bien” (Antonio, 14 años)

“El tiempo aquí adentro pasa lento, muy lento. Los talleres se pasaban rápido, muy rápido...entonces cuando empezabas a estar bien... ¡zas! se terminaban” (Fernando, 14 años)

“...aunque se pasan rápido, son de una hora [*le comento que son de una hora y media*] ¿No te digo? Se pasan rápido” (Isabel, 15 años)

9. Aspectos positivos y negativos de la hospitalización

En la primera y segunda entrevista se solicitó a los adolescentes que enumeraran dos aspectos positivos de estar en el hospital y dos aspectos negativos. Aquí los exponemos comparados.

Los resultados indican, tal como se muestra en la figura 19 que los aspectos mayormente reportados como negativos son: la “situación de encierro”, las “normas” que rigen el comportamiento, la “comida” que se sirve en la Unidad, la “falta de contacto con el mundo exterior”, y el “personal” sanitario. También se observa que un alto número de los entrevistados (21% en primera entrevista y 28 % en segunda entrevista) no mencionó ningún aspecto negativo de la experiencia de hospitalización.

El “encierro” y el “personal” son dos aspectos que, en la segunda entrevista, aumentan su valoración negativa durante el proceso de hospitalización, y otros de menor aparición como “compañeros” y “sujeción”. También aumenta el número de entrevistados que no encuentran aspectos negativos, lo cual refleja una mejora en la valoración de la hospitalización.

Entre los aspectos que descienden en su valoración negativa están las “normas” y la “comida”. Un aspecto a resaltar es la desaparición de

valoración negativa de “falta de contacto con el mundo exterior” (del 11% a 0%).

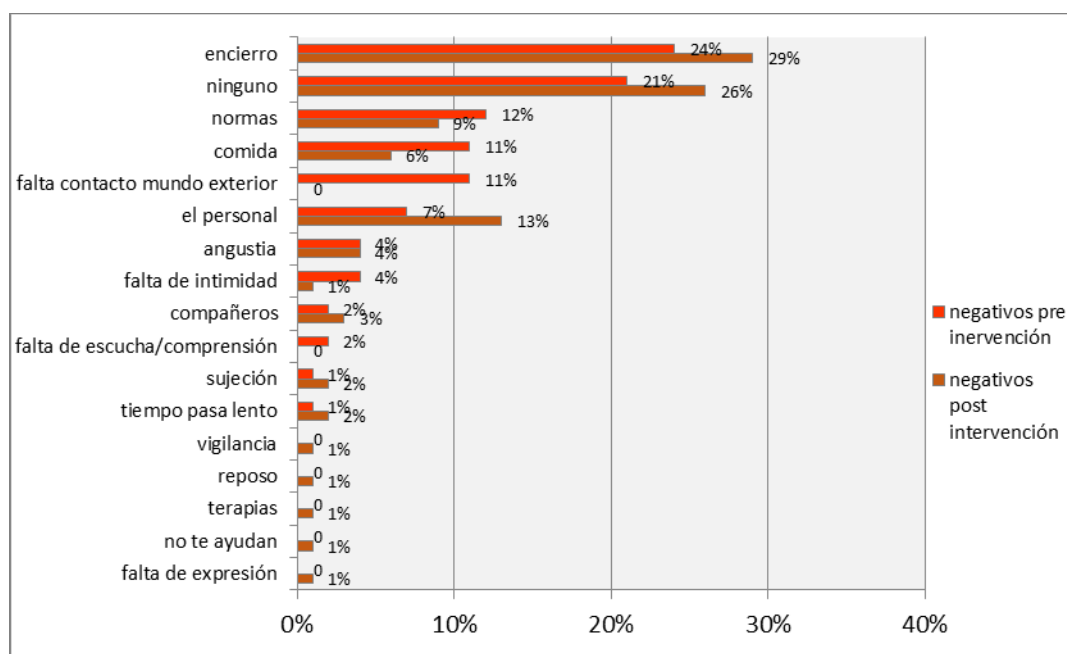


Figura 19. Total de aspectos negativos de la hospitalización señalados en la primera y segunda entrevista.

Por su parte, los resultados indican, tal como se muestra en la figura 20 que los aspectos mayormente valorados como positivos son: los “talleres de creatividad” con un 34%, y los “compañeros” con un 25%. Ya, en menor medida, aparecen aspectos como el reconocimiento de la “ayuda” que brinda la Unidad, el “personal” sanitario, y el “autoconocimiento” que genera el proceso.

Como se observa en la primera entrevista un 58% de los adolescentes no mencionan ningún aspecto positivo, mientras que al final del proceso solo

lo hace un 5%, lo cual muestra que a medida que avanza la hospitalización, los adolescentes van rescatando más cosas positivas, y tal como vimos anteriormente, menos cosas negativas.

El aumento que registra la categoría “compañeros” con un 16% muestra que los lazos afectivos que se entablan en la Unidad son muy valorados por los entrevistados. También aumenta la categoría “te ayudan”, la cual junto a “autoconocimiento” pueden referir a una concientización de la enfermedad, reconocimiento de la ayuda, y mejora del *insight*.

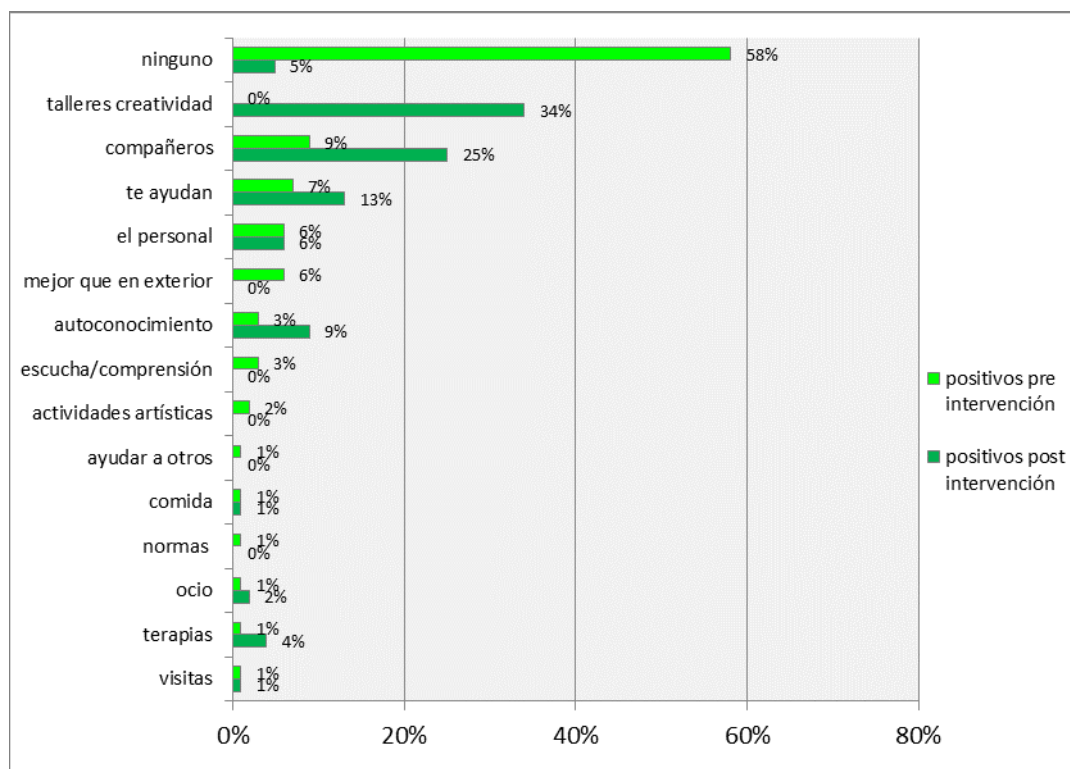


Figura 20. Total de aspectos positivos de la hospitalización señalados en la primera y segunda entrevista

Y a efectos de los objetivos del presente estudio, la categoría “talleres de creatividad” aparece como la más puntuada con un 34% de los entrevistados, superando inclusive a las categorías de valoración negativa, donde la mayor es “encierro” con un 29% al final del proceso. Del 34% que han valorado los talleres como un aspecto positivo de la hospitalización, un 82% han valorado también como positiva la hospitalización, un 12% negativa, y un 6% ambas.

En suma, los talleres de creatividad, para la mayoría de los adolescentes, han sido el aspecto más positivo dentro del proceso de hospitalización, y la valoración de los talleres como lo más positivo se asocia con una experiencia positiva de hospitalización en un 82% de los casos.

10. Función de los talleres de arte

10.1. Los talleres establecen un corte con la experiencia de enfermedad

Un 60% (n=30) de los adolescentes entrevistados hacen alguna referencia a que los talleres suponen un corte con su experiencia de enfermedad, lo cual coincide con el dato presentado anteriormente de que el 66% (n=33) de los adolescentes manifestaron que los talleres de creatividad suponen un corte

con la experiencia de hospitalización. Es interesante atender a cómo expresan los adolescentes este corte que los talleres realizan con la experiencia de enfermedad, principalmente las expresiones se centran en que les hacen olvidar sus problemas:

“Cuando estoy dibujando no pienso más que en el vestido. Pero cuando hago algo que no me gusta le doy vueltas al coco, me rayo, pienso en los problemas y me la tomo con la gente” (Rosa, 15 años)

“Te olvidas de que estás en el hospital. Es como si por un rato, no estuvieras aquí adentro, es como si tuvieras una vida normal, como niños normales que también hacen esas actividades, esos talleres, el arte. Luego te das cuenta que es todo un poco ilusorio y vuelven los problemas: que me tengo que ir al centro, que mis padres no quieren estar conmigo, que la comida.” (Carla, 15 años)

“Pensaba en mis amigos, mis amigos de fuera, porque les encanta esas cosas que hemos estado haciendo, en el mural, si hubieran estado aquí, se lo comían ellos solos.

Mira, lo pasaba bien, sobre todo cuando estaba con Daniel. El taller me ayudó a aislarme de mi problema, me pareció que mi problema ya no estaba, pensaba en el mismo taller, en mis amigos, en ¡cómo les hubiera gustado!” (Carlos, 16 años)

10.2. Talleres son una instancia de aprendizaje

Un 72% (n=36) de los adolescentes informa que los talleres de creatividad artística son una instancia de aprendizaje. Mientras que ningún adolescente informa que los talleres de creatividad no son útiles (0%)

“Descubrir a esta gente que te puede abrir la mente en cosas más importantes. El buen cine, la buena música, la buena fotografía. Fue lo más positivo. Cuando salga de aquí quiero ir a ver cine de autor. Eso antes me parecía una mierda. Inclusive no sé si lo conocía, pero ahora quiero verlo” (Daniel, 16 años)

“Antes hacía grafitis y me creía bueno, pero las chicas nos enseñaron que los grafitis son arte” (Antonio, 14 años)

“He aprendido a crear cosas a hacer cosas de la nada, de cosas que no sabía, aprendí y creé cosas”. (Marisa, 16 años)

“La primera vez no estaba muy por la labor, pero luego fui entrando porque me di cuenta que tengo que abrirme para que me entren las cosas, para aprender. Aprender es abrirse y crear es abrirse también” (Rosa, 15 años)

11. Resultados de la evaluación del personal sanitario

11.1. Datos demográficos

Dado que solo se han realizado 10 entrevistas a diferentes profesionales del personal sanitario, los resultados que aquí se presentan no persiguen ninguna significación estadística, por lo que buscan complementar cualitativamente los resultados de la intervención.

Los entrevistados fueron 8 mujeres y 2 hombres. Ambos hombres enfermeros, y las mujeres: 2 psiquiatras, 2 terapeutas ocupacionales, y 4 auxiliares de enfermería.

El total de entrevistados representaba un 50% del personal al momento de la intervención.

11.2. Percepción general de los talleres de creatividad

La evaluación de los talleres de creatividad por parte del personal sanitario es positiva. De los 10 entrevistados, solo uno no pudo establecer una valoración al respecto de los talleres, explicitando en todo momento que no había participado ni presenciado los mismos. Igualmente, al momento de preguntarle si los chicos habían manifestado algo respecto al taller en su presencia, nos informó que “parecían muy satisfechos con el taller” (María, psiquiatra). Los 9 entrevistados restantes manifestaron lo siguiente al respecto de los talleres:

“Desde fuera me pareció una experiencia que sonaba interesante, y desde dentro ellos estaban muy contentos”.

(Carlos, enfermero)

“...y vi una diapositiva con el gorro de Magritte, y dije que bueno que el arte esté aquí! Muy positivo! Es otro instrumento para trabajar”. (Carla, Terapeuta Ocupacional)

“A mi me ha impresionado” (Ana, auxiliar)

“Creo que fue bueno para ellos [...] estuvieron bastante contentos, fueron amenos, y les llegó a todos” (María Jesús, auxiliar)

“A los pacientes yo les he visto muy contentos, que las estaban esperando [a las monitoras], con lo cual creo que ha sido muy positivo para ellos” (Antonia, psiquiatra)

“Me han encantado, encantado. Me hubiera encantado estar aquí dentro” (Lucía, Terapeuta Ocupacional)

“...he visto que a ellos les ha gustado [...] Por lo que ha sido muy positivo” (Diego, enfermero)

“Lo habéis hecho muy bien, y han estado muy entretenidos [...] Les viene muy bien. Es importantísimo” (Antonia, psiquiatra)

“Yo de hecho me metía cuando podía, porque me gustaba. Ellos estaban contentos, y nosotras estábamos también entretenidas” (Belén, auxiliar)

“Mira, a mí me llamó la atención ver a Mario tan contento, y trabajaba mucho, siendo que le cuesta tanto. También he visto que alguno se ha levantado mejor sabiendo que ese día había taller, por ejemplo Martín, que siempre está tan disperso, también siempre quería ir.” (Julia, auxiliar)

Se aprecia que la valoración general es positiva. En términos más específicos, se indagó los motivos por los que establecían tal valoración acerca de los talleres.

11.3. Estructuración de grupo en los talleres

El 50% (n=5) de los entrevistados, menciona como efecto importante de los talleres la capacidad de estructuración de grupo que generan. Esto lo expresan de la siguiente forma:

“Los talleres han unido al grupo” (Lucía, Terapeuta Ocupacional)

“[...] para entablar más relación con sus compañeros”
(Belén, auxiliar)

“Todos estaban al unísono y eran capaces como grupo de colaborar entre ellos” (Carlos, enfermero)

“Sirvieron para hacer grupo” (María Jesús, auxiliar)

“Ha unido a los chicos” (Julia, auxiliar)

11.4. Participación en los talleres

Otro de los efectos importantes de los talleres, reportado por 4 entrevistados del personal sanitario, fue el grado de participación que generaba en los adolescentes, lo cual mencionaban así:

“he visto que han participado, ya que son niños que les cuesta de por sí” (Carlos, enfermero)

“Lo que he visto me ha gustado. Nosotros de antemano pensamos que no iban a querer colaborar, pero ya has visto” (Ana, auxiliar)

“En general debemos hacer un esfuerzo para que participen de las actividades, pero con los talleres de arte participaban con gusto, eso me sorprendió” (María Jesús, auxiliar)

“Una cosa que llamaba la atención, y quizás debas valorar es que nunca se quejaron de que tenían que ir. Normalmente, cuando hay actividades extras, que no son la mía, ellos te dicen que no quieren ir, que no les da la gana. Nunca han dicho no voy. Creo que ninguno ha dicho no voy” (Lucía, terapeuta ocupacional)

11.5. Atención y concentración en los talleres

Otro efecto positivo alcanzado en los talleres que reportaron en las entrevistas fue la capacidad de atención y concentración.

“[...] es difícil mantener la atención en un grupo de patologías heterogéneas, pero lo han logrado” (Carlos, enfermero)

“Lo contentos que estaban los muchachos, lo que veía de atentos, que habitualmente no sucede. Parecía que estaban especialmente atentos, especialmente motivados y participando muchísimo.” (Antonia, psiquiatra)

En un nivel más descriptivo, 5 entrevistados mencionan haber observado a los pacientes **contentos** durante el taller, y que contrastaba con la cotidianidad de la unidad o, al menos, con otras instancias y espacios del tratamiento.

11.6. El lado sano y organización del pensamiento en los talleres

De esta forma, pasamos a otro de los aspectos mencionados por algunos entrevistados, y que refiere a la relación entre salud y creatividad. Tres de los entrevistados (psiquiatra y dos terapeutas ocupacionales) mencionaron, que dentro de los talleres se trabajaba con el lado sano del paciente. Esto es, que para las tareas propuestas en el taller, el paciente debía recurrir a sus aspectos psicológicos más sanos, dejando de lado aquellos más propios de su patología.

“...les permite sacar su parte más sana, muchos que están muy malitos se reencuentran con partes de sí mismos de felicidad. El juego tiene que ver más con la parte sana. Sana y quizás feliz. Luego de mucho tiempo de angustia, muchos reencuentran su capacidad de disfrutar y reírse sin complejos” (Carla, terapeuta ocupacional)

“También les saca un poco de su propia enfermedad, aunque se vea reflejado todo eso, se les ve desde la parte sana. De lo que son capaces, y eso los beneficia. He visto que ahí [*los talleres*] se trabaja mucho más desde la parte creativa, la parte sana.” (María Jesús, auxiliar)

Quizás esta observación es la que nos ayuda a comprender los niveles de participación, concentración y estructuración como grupo mencionados anteriormente.

También se hizo referencia por parte de dos entrevistados que los talleres ayudaban a la organización del pensamiento:

“Les ayudó a organizarse, a concentrarse en lo que se les estaba hablando” (Diego, enfermero)

“Esta forma de educar a cómo organizar, es también cómo organizar su vida, porque todo va relacionado. Ese mismo proceso lo pueden utilizar como ejemplo de organizarse. Les habéis enseñado a organizar su mente, por ejemplo, para hacer un spot publicitario” (Lucía, terapeuta ocupacional)

Esto es, la organización necesaria para desarrollar una tarea creativa puede servir como modelaje de organización del pensamiento y actividad cotidiana.

11.7. Olvido de los problemas en los talleres

Otro elemento rescatado por 9 entrevistados refiere a que los talleres pueden ayudar a los pacientes a **olvidar su problema**, al menos, mientras dura la actividad. Solo una entrevistada mencionó que olvidar sus problemas podría ser interpretado como un efecto negativo.

“Si estas tareas creativas suprimen o distraen se estaría haciendo un uso negativo” (María, psiquiatra)

En el contexto de su explicación la entrevistada mencionaba que la distracción produciría una interrupción o suspensión del tratamiento, y por ello no sería positiva.

Los 9 entrevistados restantes vieron en el efecto de olvidar sus problemas un aspecto positivo dentro del tratamiento.

“Es poner un trozo del mundo dentro de aquí. Pone en funcionamiento más neuronas, no creo que perjudique para nada.”(Diego, enfermero)

“Reencontrarte con tu parte sana no puede ser una parte de no tratamiento” (Antonia, psiquiatra)

“Yo creo que esto es como una luz, un poco de aire. Creo que les hace ver que no solo están aquí por sus problemas, sino que atendemos también a otras facetas, la parte sana y creativa.” (Carla, terapeuta ocupacional)

“[...] esto ayuda a la situación [tratamiento], por eso dije que han realizado una labor terapéutica Porque si a un paciente le haces sentirse bien, va a estar en mejor disposición de dialogar, va a estar muchísimo más positivo” (Lucía, terapeuta ocupacional)

11.8. Aportes al tratamiento de los talleres

Relativo a los posibles aportes al tratamiento que pueda tener un programa de talleres de creatividad como el realizado, los entrevistados indicaron, por un lado, que los talleres pueden ser un espacio diagnóstico de interés, en los cuales el paciente refleja la patología y de esa forma ponen en juego un mayor número de conductas que amplían y enriquecen las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

“Me parecen una forma de catarsis, de transmitir lo que uno siente y piensa, y a partir de ahí ayudar a las personas. Si, y también un espacio diagnóstico para nosotros”
(Antonia, psiquiatra)

“He visto lo que han hecho en el mural, y cómo se refleja su propia patología” (Diego, enfermero)

Por otro lado, se hizo referencia a las propias cualidades terapéuticas de las actividades realizadas, fundamentalmente justificado en que los talleres

“Hicieron una labor terapéutica importante. Hacer sentirse bien a los pacientes. Porque si a un paciente le haces sentirse bien, va a estar en mejor disposición de dialogar, va a estar muchísimo más positivo. Por ejemplo, no ha habido, ningún paciente que yo haya sacado del taller para consulta con el psiquiatra, que me haya dicho algo negativo, y he tenido que sacar a mucha gente del taller”
(Carlos, enfermero)

“[...] puede ser muy buena como forma alternativa a determinados tratamientos e intervenciones y potenciadores” Carla, terapeuta ocupacional)

“[...] para estar más relajados luego. Los he visto más tranquilos, más situados y menos crispados y nerviosos, y para bajar los niveles de angustia también” (Lucía, terapeuta ocupacional)

Por ende, los talleres suponen para algunos entrevistados un aporte al tratamiento, y/o una labor terapéutica en sí misma. Sumado a las cualidades

terapéuticas, los talleres poseen, según lo rescatan tres de los entrevistados, una contribución didáctica, en la que no solo se divierten sino que aprenden.

Indagados respecto a los posibles aspectos negativos de los talleres, la mayoría de los entrevistados mencionó no haberlos. Igualmente, se hizo referencia a la necesidad de una coordinación con el equipo terapéutico, y un mayor involucramiento de personal, fundamentalmente, en términos de información de las actividades y *feedback*. Un entrevistado mencionó que la distracción que suponen puede repercutir negativamente en el tratamiento, y producir acostumbamiento al espacio hospitalario. Igualmente esta posición no fue compartida por el resto de entrevistados.

DISCUSIÓN

En la presente tesis doctoral hemos analizado cómo experimentan los adolescentes la hospitalización en una Unidad de Psiquiatría, y cómo experimentan su participación en talleres de creatividad artística durante su internación.

Nuestros resultados han puesto de manifiesto, en primer lugar, que la hospitalización psiquiátrica por la que pasan los adolescentes participantes es percibida inicialmente en forma negativa por la mayoría de ellos (74%) dado, principalmente, a que casi la totalidad ingresa contra su voluntad. Este proceso que dura como media 17 días, culmina con una percepción negativa en torno al 40% de los casos. Este descenso en la percepción negativa se debería, posiblemente, a la mejoría que experimentan como efecto del tratamiento y las experiencias vividas en el hospital.

La experiencia negativa de hospitalización se expresaba principalmente respecto al encierro o la falta de libertad que experimentaban, lo cual puede entenderse como una falta de control sobre el ambiente y factores externos, así como el corte con la vida cotidiana que supone.

La percepción de hospitalización va mejorando a medida que avanza el tratamiento, y las manifestaciones de percepción positiva de la hospitalización se refieren en la mayoría de los casos a una mejora subjetiva del paciente. Es decir, la percepción negativa se expresa

explícitamente sobre el espacio y sus características, mientras que la percepción positiva lo es respecto a la mejoría personal.

1. Hospitalización y sensación de control

La relación entre percepción de hospitalización y sensación de control ha resultado de mucho interés. Se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre la sensación de control y la hospitalización positiva, y entre la sensación de falta de control y la hospitalización negativa.

Es decir, a medida que avanza la hospitalización los participantes van experimentando una mayor sensación de control sobre sus pensamientos y comportamientos, pasando de un 2% inicial a un 36% final. A la vez que descende la sensación de no poder controlar desde un 38% inicial a un 28% final.

La percepción de control es una variable de interés para su estudio futuro en situaciones de intervención artística en ámbitos hospitalarios con pacientes adolescentes psiquiátricos. Esto ha excedido a los objetivos de este estudio, pero en futuras investigaciones el estudio de la evolución del locus de control interno se presenta de mucho interés, dado que quienes vayan mostrando un mayor locus de control interno tenderán, según lo

reportan otras investigaciones (Day 1999, Spandler et al, 2007; Rimmerman 1991), a una menor aparición de la ansiedad y mejor manejo de las tensiones y problemas surgidos en situaciones reales, así como una mayor autoeficacia (Bandura 1977).

Vinculado a la percepción de control, está la capacidad para atribuir causas al estado de ánimo referido en el estudio como “sentirse bien” o “sentirse mal”. Al inicio de la hospitalización solo un 4% expresa causas para sentirse bien, y un 40% para sentirse mal. Al final de la hospitalización, las causas para sentirse bien aumentan a un 60%, a la vez que disminuyen las causas para sentirse mal a un 20%. Lo cual significa no solo que los adolescentes comienzan a sentirse mejor, sino que también van desarrollando una mayor autoconciencia de cómo se sienten y, posiblemente, un mayor control sobre sus pensamientos y emociones.

La mejora de la autoestima y la confianza, así como de la autoeficacia, si bien no ha sido objeto de estudio en esta investigación, eran claramente observables durante las actividades y más aún a lo largo del proceso que cada participante cumplía.

2. El espacio hospitalario

Por su parte, se aprecia durante las entrevistas y durante las observaciones participantes realizadas en los talleres de creatividad, que los pacientes no mencionan la palabra hospital, y la sustituyen constantemente por otras que despersonalizan el espacio, tales como “aquí dentro”, “este lugar”, o con calificativos negativos tales como “esta cárcel” “encierro”. La hospitalización es percibida, en la mayoría de los casos como una imposición que les quita libertad, y en un 20% de los casos establece un corte con la vida cotidiana. Es posible que esta incapacidad para referir explícitamente al hospital esté relacionada a las características tan específicas de la Unidad de Adolescentes Psiquiátricos (que difieren con el estereotipo espacial que se tienen de un hospital), y/o a una falta de aceptación o consciencia de la propia enfermedad. Sin embargo, hemos visto que a medida que avanza el tratamiento y se produce una mejoría de los pacientes, éstos continúan sin mencionar la palabra hospital en la amplia mayoría de los casos (92%), lo cual llama la atención. En futuros estudios puede resultar de interés el análisis específico de la percepción que se tiene del espacio hospitalario en unidades como en la que se ha realizado esta investigación, dado que aparentemente no se relacionaría a la mejoría del paciente, y sí muy posiblemente a las características espaciales y normativas de la Unidad.

Los estados emocionales negativos, principalmente tristeza, aburrimiento, angustia, impotencia y soledad priman sobre los estados emocionales positivos. Un hallazgo interesante que observamos es que, al contrario de lo que podríamos pensar a priori, los estados emocionales negativos se presentan tanto en los que valoraron negativamente la hospitalización, como en los que la valoraron positivamente. Es más, si bien hacia el final de la hospitalización aumenta la percepción positiva de la misma y baja la negativa, el número de casos que expresan estados emocionales negativos se mantiene en el 48 inicial, con un aumento en la hospitalización positiva y una disminución en la hospitalización negativa.

Una hipótesis que se puede abrir para estudios futuros es que inicialmente los estados emocionales negativos estén mayormente proyectados en el ambiente, y a medida que avanza el proceso de hospitalización estén más vinculados a una experiencia interna, es decir a una mayor autoconsciencia de la enfermedad. Esto es lo que parece sugerir la observación participante del investigador, y las valoraciones que algunos integrantes del equipo sanitario han manifestado, pero que estaría abierto a ser estudiado.

3. Los talleres de creatividad

Respecto a la experiencia en los talleres de arte, la amplia mayoría de los participantes los han experimentado en forma positiva (92%), y son el aspecto mayormente mejor valorado (36%) durante la hospitalización, por delante de otros temas como “compañeros”. También los estados emocionales experimentados durante los talleres de creatividad son en su amplia mayoría positivos, lo cual contrasta con los experimentados con respecto a la hospitalización que son en su mayoría negativos.

Igualmente, llama la atención que no resulta estadísticamente significativa la relación entre valorar positivamente los talleres de creatividad, con la valoración que se hace del proceso de hospitalización.

Una pregunta que se abriría aquí es: ¿qué hace que mejore la experiencia de hospitalización?

Son muchos los factores que intervienen en una hospitalización tan compleja como la psiquiátrica. Pero, tal como vimos, una mejoría como efecto del tratamiento (que, al menos en este estudio, se aprecia en un aumento en la capacidad de expresar causas para sentirse bien -pasando de un 4% inicial a un 60% al fin del tratamiento-), y una mejora en la sensación de control, son los factores que aparecen con mayor claridad interviniendo en la mejora de la percepción de hospitalización.

Entonces ¿por qué actividades realizadas durante la hospitalización y valoradas muy positivamente no muestran una relación estadísticamente significativa con la percepción de la hospitalización?

Una posible explicación a esto es que los talleres podrían ser percibidos como algo “ajeno” al propio proceso de hospitalización. Es decir, que son una actividad percibida como extra hospitalaria. En este sentido, un 66% de los adolescentes manifestaron que los talleres de creatividad suponen un corte con la experiencia de hospitalización, un 60 % los perciben como un corte con la experiencia de enfermedad, y un 72% los entiende como una instancia de aprendizaje. Es decir, es posible que los adolescentes experimenten los talleres como una forma de “escape” a la hospitalización, como un “espacio seguro” tal como ha sido planteado con otros estudios (Heenan, 2006). Los talleres como una experiencia más vinculada a la vida cotidiana, y que por lo tanto se posicionen en una situación de contraste entre la experiencia positiva que son y otra negativa que es la hospitalización.

Si en otra investigación se pudiera confirmar esta nueva hipótesis, podrían existir dos posibles estrategias futuras de intervención:

1. Si se desea mejorar la percepción de hospitalización, podría resultar de utilidad diseñar los mecanismos para que talleres de creatividad

artística de estas características formaran parte del tratamiento general, contando con la participación del personal sanitario;

2. Si el interés no está puesto en mejorar la percepción de hospitalización, se podría estudiar la continuidad de estos talleres como una estrategia de “apertura” del proceso de hospitalización. Es decir, espacios que no formen parte del tratamiento *in sensu stricto*, pero sí que generen una experiencia positiva dentro del hospital.

Otra investigación de interés para futuro podría comparar resultados para actividades diferentes (estudio comparado) en el ámbito hospitalario, y analizar su relación con la percepción de hospitalización.

Igualmente, la alta valoración que los participantes han dado a los talleres, es coincidente con otras investigaciones que concluyen que los programas de arte son exitosos cuando sus características son las de un espacio sostenedor que alienta la autonomía, la realización personal y en compañía de otros comprometidos con la misma actividad (Bidwell, 2014).

En esto el rol de las monitoras es fundamental, orientado no a imponer ideas, sino a guiar, sugerir y generar espacios de conexión.

4. La atención y el tiempo en los talleres

Un aspecto que sorprendió al personal sanitario fue que los adolescentes fueron capaces de focalizar su atención e interactuar grupalmente durante los talleres de creatividad. Esto cobra una importancia vital en una unidad de psiquiatría en la que convergen una heterogeneidad de patologías que de por sí tienden a dificultar las tentativas de participación concluyente en una actividad. Por tanto, en una unidad de psiquiatría en la que conviven distintos cuadros psicopatológicos, lograr la homogenización de participar en una misma actividad es un fruto importante, según lo rescatan los entrevistados. Estudios futuros sobre este resultado pueden resultar de interés para contemplar estos talleres de creatividad como parte de una estrategia terapéutica a estos fines en un ámbito como el de la hospitalización psiquiátrica adolescente.

Otro aspecto interesante durante los talleres ha sido la percepción del tiempo (trascorrir rápido) por parte de los participantes, que se corresponde con una de las características descritas en el estado de flujo conceptualizado por Csikszentmihalyi (1997). La percepción del tiempo durante los talleres (trascorrir rápido) contrastó con la percepción del tiempo durante la hospitalización (trascorrir lento). Esto implicaría que los talleres de creatividad generaban satisfacción y placer, que también fue observado por parte del personal sanitario. Con lo cual, divertirse y estar

contentos, no solo debe entenderse como el efecto de una actividad, o una expresión conductual transitoria, sino como un elemento importante en el transcurso de un tratamiento hospitalario.

5. Reflexiones finales

Si bien el contexto ha impuesto ciertas limitaciones al estudio, principalmente por las características de la unidad, y por tratarse de la primera intervención de estas características, la implicación del personal sanitario ha resultado esencial para el éxito y aceptación de los talleres.

En base a esta experiencia podría resultar recomendable a futuro experimentar la participación del personal sanitario dentro de las propias actividades y contrastar los resultados con los presentes. Es posible que esto repercuta en la representación simbólica que los talleres tengan para los adolescentes.

También podría resultar de interés para las Unidades de este tipo, la utilización de los comportamientos y materiales generados durante las actividades como insumos para el tratamiento.

Quizás resulta difícil transmitir en un estudio de este tipo, la importancia que cobra para los pacientes la realización de actividades artísticas y

creativas en el hospital. Vivenciar junto a ellos y ellas esos momentos de “escape” de una realidad dolorosa, nos da cuenta de hasta qué punto la creatividad está vinculada a la salud, y el rol psicosocial que puede desempeñar el arte. Varios entrevistados del personal sanitario manifestaron sorpresa ante cómo éstos talleres habían aprovechado y potenciado el “lado sano” de los pacientes.

Tal como se ha reportado en otros estudios, esta tesis reafirma la importancia de la función social de la creatividad, y muy especialmente vinculada a la calidad de vida relacionada a la salud.

CONCLUSIONES

1. Los talleres de creatividad han sido valorados como una experiencia positiva por el 92% de los adolescentes participantes,
2. Los dos aspectos más positivos de la hospitalización valorados por los participantes han sido: “talleres de creatividad” en un 34% de los casos, y sus “compañeros” con un 25%.
3. El 82% de los casos que valoraron a los talleres de creatividad como positivos, también valoraron positivamente la hospitalización.
4. Los dos aspectos más negativos de la hospitalización valorados por los participantes han sido: la “situación de encierro” en un 29% de los casos, y las “normas” que rigen el comportamiento en un 12%.
5. Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la percepción positiva de la hospitalización en la pre-intervención y la post-intervención, pasando de un 24% inicial a un 54% final.
6. Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la percepción negativa de la hospitalización en la pre-intervención y la post-intervención, pasando de un 74% inicial a un 40% final.
7. No parece existir una clara relación entre los días de hospitalización y la percepción de hospitalización, dado que la proporción de percepción de hospitalización positiva y negativa sigue una tendencia similar al aumentar la hospitalización
8. Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la percepción control en la pre-intervención y la post-intervención,

pasando de una sensación de control del 2% inicial a un 36% final, y de una sensación de falta de control del 38% inicial a un 28% final.

9. Existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la sensación de control y la percepción de hospitalización positiva, en la post-intervención.
10. Existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la falta de control y la percepción de hospitalización negativa, en la post-intervención.
11. A lo largo de todo el proceso de hospitalización aproximadamente la mitad de los adolescentes perciben al hospital como un espacio de encierro, pasando de un 52% inicial a un 48% final.
12. A lo largo de todo el proceso de hospitalización un 20% de los participantes perciben a la hospitalización como un “corte con la vida cotidiana”.
13. No existe una relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre la percepción de los talleres de creatividad y la percepción de la experiencia de hospitalización.
14. Existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los talleres de creatividad valorados como un corte con la experiencia de hospitalización y una experiencia de hospitalización positiva. De los 50 participantes, 33 (66%) manifestaron que los talleres de creatividad suponen un corte con la experiencia de hospitalización, de los cuales 25 (50%) han valorado la hospitalización como positiva.

15. Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la expresión de causas para sentirse bien en la pre-intervención y la post-intervención, pasando de un 4% inicial a un 60% final.
16. Existe una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la expresión de causas para sentirse mal en la pre-intervención y la post-intervención, pasando de un 40% inicial a un 20% final
17. Existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la expresión de estados emocionales negativos y la percepción del proceso de hospitalización, donde a medida que avanza la intervención descenden los estados emocionales negativos asociados a una percepción negativa de la hospitalización pasando del 82% al 56%, y aumentan los asociados a la hospitalización positiva pasando del 12% al 36%.
18. Los estados emocionales negativos mayormente asociados al proceso de hospitalización son aburrimiento y tristeza. El aburrimiento aumenta durante el proceso de hospitalización de un 22% de los participantes en la primera entrevista a un 36% en la segunda entrevista. Mientras que la tristeza descende de un 24% inicial a un 20% al final del proceso de hospitalización.
19. La expresión de estados emocionales positivos asociados al proceso de hospitalización es mucho más baja que la de estados emocionales

negativos. El estado emocional positivo mayormente reportado es relajación por un 12% de los participantes.

20. Los estados emocionales positivos mayormente asociados a los talleres son felicidad en una 26% de los participantes, relajación un 24% y satisfacción un 24%.

21. Los estados emocionales negativos asociados a los talleres son menores a los positivos, siendo el mayor aburrimiento en un 10% de los casos.

22. Existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la percepción subjetiva del paso rápido del tiempo y los talleres de creatividad, así como una relación significativa entre la percepción subjetiva de que el tiempo pasa lento y el proceso de hospitalización. Un 20% reportó que el paso del tiempo en los talleres era rápido, y un 18% que el paso del tiempo en el hospital era lento.

23. Los aspectos más negativos percibidos por los participantes respecto de la hospitalización han sido: el encierro (24 % en primera entrevista y 29% en segunda entrevista), las normas (12 % en primera entrevista y 9% en segunda entrevista), la comida (11 % en primera entrevista y 6% en segunda entrevista). En general los aspectos negativos de la hospitalización disminuyen de la primera a la segunda entrevista, salvo para el caso de encierro y el personal sanitario que aumentan.

24. Los aspectos más positivos percibidos por los participantes respecto de la hospitalización han sido: los talleres de creatividad (34%), y los

compañeros de hospitalización (9 % en primera entrevista y 25% en segunda entrevista). En general los aspectos positivos de la hospitalización aumentan de la primera a la segunda entrevista.

25. Un 60% de los adolescentes participantes hacen alguna referencia a que los talleres de creatividad suponen un corte con la experiencia de enfermedad, principalmente en que les hacen olvidar sus problemas.

26. El 72% de los adolescentes informa que los talleres de creatividad artística son una instancia de aprendizaje.

***REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- Aaronson, N. K., Meyerowitz, B.E., Bard, M., Bloom, J. R., Fawzy, F.I., Feldstein, M.,... Lowman, J. T. (1991). Quality of life research in oncology. Past achievements and future priorities. *Cancer*, 67(3), 839–843.
- Altheide, D. L. y Johnson, J. M. (1994). Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research. En N. K. Denzin and Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 485-499). Thousand oaks, CA: Sage Publications.
- Amabile, T. M. (1983). The social psychology of creativity: A componential conceptualization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 357-376.
- Amabile, T. M. (1985). Motivation and creativity: Effects of motivational orientation on creative writers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 393-399.
- Amabile, T. M. (1996). *Creativity in context*. Boulder, CO: West view Press.
- Anguera, M. T. (1986). La investigación cualitativa. *Educar*, 10, 23-50.
- Ver:
- <http://www.raco.cat/index.php/educar/article/viewFile/42171/94904>.
- Anguera, M. T. (1998). Tratamiento cualitativo de datos. En M. T. Anguera, J. Arnau, M. Ato, R. Martínez, J. Pascual, y G. Vallejo

(Eds.), *Métodos de investigación en psicología* (pp. 549-576). Madrid: Síntesis.

Angus, J. (2002). *A review of evaluation in communitybased art for health activity in the UK*. London: Health Development Agency.
<http://www.dur.ac.uk/resources/cahbm/reports/CAHBM%20for%20HDA%20J%20Angus.pdf>

Appleby L., Warner R., Whitton A., y Faragher, B. (1997). A controlled Study of Fluoxetine and Cognitive Behavioural Counselling in the Treatment of Postnatal Depression. *British Medical Journal*, 314, 932-936. Ver: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126383/>

Arts Council England. (2004). *The impact of the arts: Some research evidence*. London: Arts Council England.
<http://www.artsCouncil.org.uk/documents/publications/phpu4qyJQ.doc>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 84 (2), 191-215.

Beltrán, M. (1990a). Cuestiones previas acerca de las técnicas de la realidad social. En M. García Ferrando, J. Ibáñez, y F. Alvira (Comps.), *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación* (pp 17-26). Madrid: Alianza.

Beltrán, M. (1990b): Cinco vías de acceso a la realidad social. En M. García Ferrando, J. Ibáñez y F. Alvira (Comps.), *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.

- Berger, P. L. y Luckman, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. New York: Anchor.
- Bernal, J. D. (1976). *Historia social de la ciencia*. Barcelona: Peninsula.
- Best, C. J., Cummins, R. A. y Lo, S. K. (2000). The quality of rural and metropolitan life. *Australian Journal of Psychology*, 52 (2), 69-74. DOI: 10.1080/00049530008255370
- Bidwell, S. (2014). Arts in health: Evidence from the international literature (Research Report). Ver en: http://www.healthychristchurch.org.nz/media/142721/artsinhealth_final.pdf
- Bryman, A. (1988). *Quantity and quality in social research*. London: Unwin Hyman.
- Byrne, C., MacDonald, R., y Carlton, L. (2003). Assessing creativity in musical compositions: Flow as an assessment tool. *British Journal of Music Education*, 20(3), 277–290.
- Camic, P. M., Rhodes, J. E. y Yardley, L. (2003). Naming the stars: Integrating qualitative methods into psychological research (pp. 3-15). En P. M. Camic, J. E. Rhodes, y L. Yardley, (Eds), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Carey, J. W. (1993). Linking qualitative and quantitative methods: Integrating cultural factors into public health. *Qualitative Health Research*, 3, 298-318
- Carr, A. J., Gibson, B., y Robinson, P. G. (2001). Measuring QOL: is QOL determined by expectation or experience? *British Medical Journal*, 322, 1240–1243.
- Clift, S. (2011). Arts and health. *Perspectives in Public Health*, 131(1), 8.
- Colgan S., Bridges K., Brown L. y Faragher, B. (1991). A tentative START to Community Care. *Psychiatric Bulletin*, 15, 596-598.
- Cooley, N. J. (2003), *Arts and culture in medicine and health: a survey research paper*. Online: British Columbia Arts Council.
- Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow*. New York: Harper Collins
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad, el fluir y la psicología del descubrimiento y la invención*. Barcelona: Paidós.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). Implications of a systems perspective for the study of creativity. R. J. En Sternberg, (Ed.), *Handbook of creativity*. Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I. S. (1998). *Experiencia óptima: Estudios Psicológicos del Flujo en la Conciencia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- Csikszentmihalyi, M. y Larson, R. (1984). *Being adolescent*. New York: Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M., Larson, R., & Prescott, S. (1977). The ecology of adolescent activity and experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 281–294.
- Csikszentmihalyi, M., y LeFevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 815–822.
- Dabbs, J. M. (1982). Making things visible. En J. van Maanen, J. M. Dabbs, y R. R. Faulkner (Eds.), *Varieties of qualitative research* (pp. 31-64). Beverly Hills, CA: Sage
- Dávila, A. (1995). Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales: Debate teórico e implicaciones praxeológicas. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 69-83). Madrid: Síntesis.
- Day, S. K. (1999). Psychological impact of attributional style and locus of control on college adjustment and academic success. *Dissertation Abstracts International Section A: –Humanities and Social Sciences*, 60, (3– A): 0646.
- Daykin, N., Orme, J., Evans, D., Salmon, D., McEachran, M. y Brain, S. (2008). The Impact of Participation in Performing Arts on Adolescent Health and Behaviour: A Systematic Review of the Literature. *Journal of Health Psychology*, 13, 251–264.

- Denholm, C. J. y Ferguson, R. V. (1987). Strategies to promote developmental needs of hospitalized adolescents. *Child Health Care*, 15, 183-187.
- Denholm, C. J. y Joschko, M. (1988). Psychosocial research and the hospitalized adolescent: Approaches and challenges. *Adolescence*, 23(92), 925-937.
- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (1994). Introduction: Entering the field of qualitative research. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of Qualitative Research* (pp. 1-17). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Eisen, S. L., Ulrich, R. S., Shepley, M. M., Varni, J. W., & Sherman, S. (2008). The stress-reducing effects of art in pediatric health care: art preferences of healthy children and hospitalized children. *Journal of Child Health Care*, 12(3), 173-190.
- Eiser, C. y Morse, R. (2001). Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technology Assessment*, 5(4), 1-157.
- Eiser, C., Mohay, H., y Morse, R. (2000). The measurement of quality of life in young children. *Child: Care, Health and Development*, 26(5), 401-414.
- Elkind, D. (1984). Teenage thinking: Implications for health care. *Pediatric Nursing*, 20, 383-385.
- Elkind, D. (1985). Cognitive development and adolescent disabilities. *Journal of Adolescent Health Care*, 6, 84-89.

- Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life: The Missing Measurement in Health Care*. London: Souvenir Press.
- Feist, G. J. y Runco, M. A. (1993). Trends in the creativity literature: an analysis of research in the *Journal of Creative Behavior* (1967–1989). *Creativity Research Journal*, 6, 271–86.
- Goldberg, I. I., Harel, M., & Malach, R. (2006). When the brain loses its self: Prefrontal inactivation during sensorimotor processing. *Neuron*, 50, 329–339.
- Grove, J. R., y Lewis, M. A. E. (1996). Hypnotic susceptibility and the attainment of flowlike states during exercise. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18, 380–391
- Gruber, H. E. (1981). On the relation between “aha experiences” and the construction of ideas. *History of Science*, 19, 41-59.
- Gruber, H. E. (1984). *Darwin sobre el hombre: Un estudio psicológico de la creatividad*. Madrid: Alianza.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. Newbery Park: Sage.
- Guba, E. G. y Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin y Y. S. Lincoln (Eds.) *Handbook of Qualitative Research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Guilford, J. P. (1950) Creativity. *American psychologist*, 5, 444-454.

- Gunderson, J. A. (2003). *Csikszentmihalyi's state of flow and effective teaching*. Unpublished doctoral dissertation, The Claremont Graduate University, California.
- Gusella, J. L., Ward, A. M. y Butler, G. S. (1998). The experience of hospitalized adolescents: How well do we meet their developmental needs? *Children's Health Care*, 27, 131-145.
- Hacking, I. (2001). *¿La construcción social de qué?*. Barcelona: Paidós.
- Hamilton, C., Hinks, S., & Petticrew, M. (2003). Arts for health: Still searching for the Holy Grail. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(6), 401–405.
- Hammersley, M. (1992). *What's wrong with ethnography?* London: Routledge.
- Heenan, D. (2006). Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health? *Disability and Society*, 21(2), 179-191.
- Hofmann, A. D., Becker, R. D., y Gabriel, H. P. (1976). *The hospitalized adolescent*. New York: The free press.
- Ibáñez, J. (1990). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En M. García Ferrando, J. Ibáñez, y F. Alvira (comps), *El análisis de la realidad social: Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza.
- Jackson, S. A. (1995). Factors influencing the occurrence of flow states in elite athletes. *Journal of Applied Sport Psychology*, 7, 138-166.

- Jackson, S. A. (1996). Toward a conceptual understanding of the flow experience in elite athletes. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67, 76–90
- Jackson, S. A., & Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow in sports: The keys to optimal experiences and performances*. Champaign, IL: Human Kinetics
- Kaufman, R. V. (1972). Body-Image Changes in Physically Ill Teenagers. *American Academy of Child Psychiatry Journal*, 11, 157-170.
- Kolbe, R. H. y Burnett, M. S. (1991). Content-analysis research: An examination of applications with directives for improving research reliability and objectivity. *Journal of Consumer Research*, 18, 243-250.
- Kuzel, A. J. y Like, R. C. (1991). Standards of trustworthiness for qualitative studies in primary care. En P. G. Norton, M. Stewart, F. Tudiver, M. J. Bass, y E. V. Dunn (Eds.), *Primary Care Research: Traditional and Innovative Approaches* (pp. 138-158) Newbury Park, California: Sage.
- Kvale, S. (1996). *Interviews: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: SAGE
- Larson, R. (2000). Towards a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55, 170-183

- Larson, R. y Kleiber, D. A. (1993). Structured leisure as a context for the development of attention during adolescence. *Society & Leisure*, 16, 17-98.
- Leichtman, S. R., y Friedman, S. B. (1975). Social and psychological development of adolescents and the relationship to chronic illness. *Medical Clinics of North America*, 59, 1319-1328.
- Leidy, N. K., Revicki, D. A., y Genesté, B. (1999) Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value Health*, 2 (2), 113-127.
- Lincoln, L. (1978). Effects of illness and hospital procedures on body image in adolescents: S review of the literature. *Maternal-Child Nursing Journal*, 7, 55-59.
- Lubart, T. (1999). Creativity across cultures. En R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of creativity* (pp. 339-350). Cambridge University Press.
- Macnaughton, J., White, M. y Stacy, R. (2005). Researching the benefits of arts in health. *Health Education*, 105(5), 332-339.
- Mandelblatt, J. S., Edge, S. B., Meropol, N. J., Senie, R., Tsangaris, T., Grey, L., Peterson, B. M., Hwang, Y. T., Kerner, J., y Weeks, J. (2003). Predictors of long-term outcomes in older breast cancer survivors: perceptions *versus* patterns of care. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 855-863.

- Marecek, J. (2003). Dancing through minefields: Toward a qualitative stance in psychology. En J. Camic, J. Rhodes, y L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 49-70). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mason, J. (2002). *Qualitative researching*. London: Sage.
- Massimini, F. y Carli, M. (1986). La selezione psicologica umana tra biologia e cultura. En F. Massimi y P. Inghilleri (Eds.), *L'esperienza quotidiana* (pp. 65-84). Milan: Franco Angeli.
- Matarasso, F. (1997). *Use or Ornament? The Social Impact of Participation in the Arts*. Comedia: Stroud.
- Maxwell, K. A. (2002). Friends: The role of peer influence across adolescent risk behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 267-277.
- Mayer, R. E. (1999). Fifty years of creativity research. En R. J. Sternberg, (Ed.), *Handbook of creativity*. Cambridge University Press.
- McKeown, T. (1976). *The Role of Medicine*. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Meeto, D. y Temple, B. (2003). Issues in Multi-Method Research: Constructing Self-Care. *International Journal of Qualitative Methods*, 2 (3), 1-21.

- Mirowsky, J. y Ross, C.E. (2007). Creative Work and Health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 48 (4) 385-403
- Moneta, G. B. (2004). The flow experience across cultures. *Journal of Happiness Studies*, 5, 115-121.
- Moneta, G. B., y Csikszentmihalyi, M. (1996). The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of Personality*, 64, 274–310
- Montuori, A. y Purser, R. (1997). Le dimensioni sociali della creatività. *Pluriverso*, 1 (2), 78-88.
- Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of qualitative research*. (pp. 220-235). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Morse, J. M. y Chung, S. E. (2003). Toward Holism: The Significance of Methodological Pluralism. *International Journal of Qualitative Methods*, 2 (3), 38-48.
- Mowlah, A., Niblett, V., Blackburn, J. y Harris, M. (2014). *The Value of Arts and Culture to People and Society*. Manchester: Arts Council England.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67.
- Neuendorf, K. A. (2002). *The content analysis guidebook*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Olajos-Clow, J., Costello, E. y Loughheed, M. D. (2005). Perceived Control and Quality of Life in Asthma: Impact of Asthma Education. *Journal of Asthma*, 49 (9), 751-756. DOI: 10.1080/02770900500308080.
- Oppermann, M. (1997). Healing places: The art of placemaking in health facilities. *Artlink*, 17(2), 40–43.
- Ortí, A. (1995). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En Delgado, J. M. y J. Gutiérrez (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.
- Palmer, J. (2004). *An introduction to the arts-for-health movement or how the arts sneaked in on the medical model*. Community Arts Network. <http://www.communityarts.net/readingroom/archive/intro-health.php>
- Pascale, P. (2005a). *Análisis de los modelos confluentes de creatividad en psicología*. Diploma de Estudios Avanzados. Universidad de Salamanca (versión sin publicar).
- Pascale, P. (2005b). ¿Dónde está la creatividad?: Una aproximación al modelo de sistemas de Mihaly Csikszentmihalyi. *Arte, Individuo y Sociedad*, 17, 61-84.
- Pascale, P. y Ávila, N. (2007). Una experiencia de creatividad con adolescentes hospitalizados. Unidad de Psiquiatría de adolescentes del Gregorio Marañón. *Arte, Individuo y Sociedad*, 19: 179-218.

- Polsky, D., Keating, N. L., Weeks, J. C. y Schulman, K. A. (2002). Patient choice of breast cancer treatment: impact on health state preferences. *Medical Care*, 40, 1068–1079.
- Préau, M., Vincent, E., Spire, B., Reliquet, V., Fournier, I., Michelet, C., Leport, C. y Morin, M. (2005). Health-related quality of life and health locus of control beliefs among HIV-infected treated patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 59 (6), 407-413.
- Putland, C. (2008). Lost in translation: The Question of Evidence Linking Community-based Arts and Health Promotion. *Journal of Health Psychology*, 13, 265–276.
- Raina, M. K. (1993). Ethnocentric confines in creativity research. En S. G. Isaken, M. C. Murdock, R. L. Firestein y D. J. Treffinger (Eds.), *Understanding and recognizing creativity: The emergence of a discipline*. Norwood, NJ: Albex.
- Reid, A. J. (1996). What we want: Qualitative research. *Canadian Family Physician*, 42, 387-389.
- Renshaw, P. (2013). *Being in Tune, A Provocation Paper: Seeking Ways of Addressing Isolation and Dislocation Through Engaging in the Arts*. London: Guildhall School of Music and Drama.
- Rimmerman, A. (1991). Parents of adolescents with severe intellectual disability in Israel: Resources, stress and the decision to apply for out–

- of-home placement. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 17 (3), 321–329.
- Runco, M. A. (2004). Creativity. *Ann. Rev. Psychol.*, 55, 657-87.
- Schowalter, J. E., (1983). Psyche and soma of physical illness during adolescence. *Psychosomatics*, 24, 453–461
- Secker, J., Wimbush, E., Watson, J., y Milburn, K. (1995). Qualitative methods in health promotion research: some criteria for quality. *Health Education Journal*, 54, 74–87.
- Shaffir, W. B. y Stebbins, R. A. (1991). *Experiencing fieldwork: An inside view of qualitative research*. Newbury Park. Sage
- Sider, R. C. y Kreider, S. D. (1975). Coping with adolescent patients. *Medical Clinics of North America*, 61, 839-854.
- Simonton, D. K. (2003). Scientific creativity as constrained stochastic behavior: The integration of product, person, and process perspectives. *Psychological Bulletin*, 4, 475–494.
- Smith, G. J. W., Carlsson, I., y Andersson, G. (1989). Creativity and subliminal manipulations of projected self-images. *Creativity Research Journal*, 2, 1–16.
- Smith, G. J. W. (1999). Perceptogenesis. En M. A. Runco y S. R. Pritzker (eds.), *Encyclopedia of Creativity* (pp. 347-54). San Diego, CA: Academic.

- Smith, J. K. (1983). Quantitative versus qualitative research: An attempt to clarify the issue. *Educational Researcher*, 12, 6-13.
- Smith, T. (2003). An Evaluation of Sorts: Learning through Common Knowledge, CAHHM, Durham, available at: www.dur.ac.uk/cahbm
- Smith, R. (2002). Spend (slightly) less on health and more on the arts. *British Medical Journal*. 325, 1432-1433.
- South, J. (2004). *Community-based arts for health: A literature review*. Leeds: Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University.
<http://www.lmu.ac.uk/health/healthpromotion/research/documents/literaturefinal1.pdf>
- Spandler, H., Secker, J., Kent, L., Hacking, S., & Shenton, J. (2007). Catching life: the contribution of arts initiatives to recovery approaches in mental health. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 14(8), 791-799.
- Staricoff, R. (2004). *Arts in health: A review of medical literature*. (Research Report No.36). Ver en Arts Council England:
http://www.artscouncil.org.uk/publications/publication_detail.php?sid=13&id=405&page=2
- Staricoff, R. L. (2006). Arts in health: the value of evaluation, *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* 126, 116-120.

- Stein, M. I. (1993). Moral issues facing intermediaries between creators and the public. *Creativity Research Journal*, 6, 197–200.
- Steinberg, L., y Scott, E. S. (2003). Less guilty by reason of adolescence: Developmental immaturity, diminished responsibility, and the juvenile death penalty. *American Psychologist*, 58, 1009–1018.
- Sternberg, R. J. (1999). A propulsion model of types of creative contributions. *Review of General Psychology*, 3, 83-100.
- Sternberg, R. J., y Lubart, T. I. (1991). An investment theory of creativity and its development. *Human Development*, 34, 1-32.
- Sternberg, R. J. y Lubart, T. I. (1997). *La creatividad en una cultura conformista: Un desafío a las masas*. Barcelona: Paidós.
- Strand, C.V. y Russell, S. A. (1997). WHO/ILAR taskforce on QOL. *Journal of Rheumatology*, 24, 1630–1633.
- Street, R. L. y Voigt, B. (1997). Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Medical Decision Making*, 17, 298–306.
- Swindells, R., Lawthorn, R., Rowley, K., Siddiquee, A., Kilroy, A., & Kagan, C. (2013). Eudaimonic well-being and community arts participation. *Perspectives in Public Health*, 133(1), 60-65.
- Testa, M. A. y Simonson, D. C. (1996). Assessment of QOL outcomes. *New England Journal of Medicine*, 334, 835–840.

- Thompson, R. H., y Stanford, G. (1981). *Child life in hospitals: Theory and practice*. Springfield (IL): Charles C. Thomas Publisher.
- Ullán, A. M. y Belver M. H. (2006). Jugar para estar mejor: El juego de los niños en los hospitales. En M. H. Belver y A. M. Ullán (Eds.), *La creatividad a través del juego* (pp. 249-272). Salamanca: Amarú.
- Ullán, A. M. y Belver, M. H. (2008). *Cuando los pacientes son niños: Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica*. Salamanca: Eneida.
- Ullán, A. M., Belver, M. H., Fernández, E., Serrano, I., Delgado, J., y Herrero, C. (2012). Hospital Designs for Patients of Different Ages: Preferences of Hospitalized Adolescents, Nonhospitalized Adolescents, Parents, and Clinical Staff. *Environment and Behavior*, 44(5), 668-694
- Walsh, S. M. y Minor-Schork, D. (1997). Suicidal adolescent perceptions after an art future image intervention. *Applied Nursing Research*, 10, 19-26.
- Wanless, D. (2001). *Securing Our Future Health: Taking a long-term view* (Final Report), Ver: <http://www.hm-treasury.gov.uk/wanless>
- White, M. (2003). *Addressing the Evidence base from participation in arts and cultural activities*. Durham: CAHHM.
- White, M., y Angus, J. (2003). *Arts and adult mental health literature review*. Durham: Centre for Arts and Humanities in Health and Medicine, University of Durham.

Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*.

London: Routledge.

Wilson, M. (1975). *Health is for People*. London: Darton, Longman &

Todd.

ANEXOS

Anexo 1

Síntesis esquematizada de los modelos confluentes de creatividad, según niveles de análisis.

	Amabile	Csikszentmihalyi	Gruber	Sternberg-Lubart
Términos de la definición	Novedad, utilidad, correcto, valorable. Tarea heurística.	Novedad, validación, cambio en la cultura.	Novedad y valor. Propósito, duración, dificultad	Original y apropiado. Calidad
Definición centrada en	Producto	Producto	Producto	Producto
Extensión de la creatividad	Continuum	Poco común	Poco común	Continuum
Proceso creativo	Lineal, secuencial.	Secuencial aleatorio	Único en cada caso	No especifican
Metodología y técnicas.	Énfasis experimental. CAT	Biográfico. Entrevista en profundidad	Biográfico. Enfoque de sistemas evolutivos	Énfasis experimental. CAT (variación)
Componentes	Cognitivos, conocimiento, personalidad, motivacionales, ambientales.	Cognitivos, conocimiento, personalidad, motivacionales, ambientales, culturales.	Cognitivos, conocimiento, afectivos, ambientales, temporales.	Cognitivos, conocimiento, personalidad, motivacionales, ambientales, culturales.

Anexo 2

UNIDADES DIDACTICAS DE LOS TALLERES DE ARTE

Unidad didáctica 1:

Imágenes para la identidad

Unidad didáctica 2:

Comunicación visual

Unidad didáctica 3:

Imágenes del pensamiento o Pensamiento en imágenes

Unidad didáctica 4:

La imagen-tiempo

La estructura general de cada uno de las unidades didácticas será la siguiente:

Cada unidad didáctica constará de 4 o 5 sesiones.

En cada sesión se tomará el trabajo de uno o varios artistas contemporáneos como detonante

Se propone en esta segunda propuesta, prestar atención a la *puesta en común* o la *apertura (mostrar lo creado)* de los trabajos creados.

Unidad didáctica 1

Imágenes para la identidad

*** Esta unidad didáctica, coincide con la propuesta en la experiencia anterior.**

1. Encuadramiento

Contexto educativo: no formal

Contexto temporal: 4-5 sesiones de 2 horas de duración

Contexto geográfico: aula por determinar con buena luz, etc.

Contexto humano: grupo máximo 15 personas

2. Meta de la programación concreta

Meta de aprendizaje:

Conocimiento de otras manifestaciones artísticas que forman parte del arte contemporáneo actual.

Movimiento plantillero, los graffiteros, etc. Análisis de sus contextos de actuación.
Aplicaciones de sus ideas y técnicas a nuestros contextos, etc.

Apreciar *nuevas formas de expresión*, que conforman otras propuestas culturales, otras formas de *expresión cultural*, otras *identidades*.

3. Contenidos por unidad

Sesión 1: *cuaderno de firmas*

Sesión 2: *plantillas en la calle*

Sesión 3: *plantillas en mis espacios*

Sesión 4: *grafittis: ¿arte en la calle?*

Sesión 5: *exposición, análisis y memoria reflexiva y visual*

4. Metodología: Método MUPAI

Detonante:

Los *libros de artista* son pequeños tesoros en los que los artistas, pintores, dibujantes, ilustradores, e incluso graffiteros plasman en pequeño formato sus ideas.

Lo interesante es que estos libros de artista, se convierten en un espacio personal e íntimo en el que el artista reflexiona y crea su mundo como si se tratara de un diario visual.

Presentación:

Aquí tienes algunos ejemplos de *libros de artista*, el primero de ellos corresponde al grafitero neoyorkino Keith Harin, cuyos dibujos fueron utilizados más tarde por la compañía de teléfonos móviles “amena”:

Además un *libros de artista* puede ser un pequeño catálogo para artistas que consiguen en un pequeño formato expresar sus formas de hacer arte. Por ejemplo, el **GRAFFITI**. Muchos *graffiteros* tienen sus propios libros de artista, pequeños tesoros en los que aparecen sus dibujos, firmas, etc.

Producción:

SESIÓN 1. REALIZACIÓN DE UN LIBRO DE FIRMAS PERSONAL

1. Escoge un cuaderno, libro, etc. que te sirva como soporte de tu libro de artista
2. Utilízalo como si se tratara de un diario visual, haz tus dibujos, tus firmas, etc.

SESIÓN 2. TRABAJO DE ANÁLISIS DE PLÁNTILLAS

1. Estudio y discusión del fenómeno “plantillas” en la calle
2. Logotipos, pictogramas, etc.
3. Trabajo con siluetas, vacíos, etc.

SESIÓN 3. REALIZACIÓN DE UNA PLANTILLA PERSONAL

1. Realización de bocetos y definitiva silueta personal
2. Integración o fotomontaje de esa silueta en varios entornos.

SESIÓN 4. **REALIZACIÓN DE UN LIBRO DE FIRMAS PERSONAL**

1. Graffiteros: Xuxo, Basquiat, etc.
2. Realización de un graffiti en un espacio
3. Puesta en común

SESIÓN 5. **EXPOSICIÓN, ANÁLISIS Y MEMORIA REFLEXIVA Y VISUAL**

Se planteará un *trabajo documental* (vídeo, cd, web, etc. En la que todos los participantes del taller seleccionen y estructuren todo el trabajo realizado)

5. Materiales

Detonante: Imagen de las *plantillas*.

Presentación: Power Point

Fase producción: libro o cuaderno de artista, cartones, papel continuo, colores (rotuladores, etc.)

Puesta en común: A través de fotografía, video, textos, etc. Se elaborará una memoria colectiva en la que participarán todos para documentar el taller.

Unidad didáctica 2

***Algunas propuestas de esta unidad didáctica coincide con las planteadas en la experiencia anterior.**

1. Encuadramiento

Contexto educativo: no formal

Contexto temporal: 4-5 sesiones de 2 horas de duración

Contexto geográfico: aula por determinar con buena luz, etc.

Contexto humano: grupo máximo 15 personas

2. Meta de la programación concreta

Meta de aprendizaje:

Conocimiento de otras manifestaciones artísticas que forman parte del arte contemporáneo actual.

3. Contenidos por unidad

Sesión 1: *comunicación visual en el arte*

Sesión 2: *comunicación visual en los medios: la publicidad*

Sesión 3: *comunicación visual en nuestros espacios: INTERVENCIONES*

Sesión 4: *exposición, análisis y memoria reflexiva y visual*

4. Metodología: Método MUPAI

Detonante y Presentación:

Algunos artistas plantean que su trabajo artístico y plástico debe realizarse en el propio espacio en el que viven, su ciudad.

Es el caso de **Rafael Lozano-Hemmer**, un joven artista mexicano que trabaja creando sus “Arquitecturas relacionales”.

Una de sus propuestas más interesantes fue en la Plaza Central de la Ciudad de México (D.F.). Se trata de una de las plazas más grandes en tamaño del mundo, pero a la vez una de las más peligrosas.

Su propuesta fue la siguiente: A través de una página web que estuvo funcionando previamente a la realización definitiva del proyecto, cualquier persona podía enviar un mensaje de texto que posteriormente sería proyectado a través de unos cañones de luz. Los mensajes se proyectarían sobre el suelo, las paredes de los edificios o se orientarían hacia el cielo, cada persona podría escoger hacia donde orientaría su mensaje.

Después de recoger todos estos mensajes a través de la web, durante los últimos días de diciembre de 2002 fueron proyectados en la Plaza Central de Ciudad de México.

Así durante un tiempo, este espacio urbano fue transformado y tuvo un uso público diferente.



Producción:

SESIÓN 1. COMUNICACIÓN VISUAL EN EL ARTE

La obra de Rafael Lozano Hemmer: *comunicación en el arte*

SESIÓN 2. COMUNICACIÓN VISUAL EN LOS MEDIOS: LA PUBLICIDAD

La publicidad como medio de comunicación *intencionado*

SESIÓN 3. COMUNICACIÓN VISUAL EN NUESTROS ESPACIOS: INTERVENCIONES

REALIZACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN SOBRE UN EDIFICIO EXISTENTE



Museo del Prado



Pabellón de exposiciones de la Casa de Campo



Torres Blancas



Círculo de Bellas Artes

1. Elige un edificio de Madrid
2. Busca información de su historia, para que sirvió y para qué sirve ahora, etc.)
3. Imagina cómo podrías transformar ese edificio... color, proyecciones, etc.

4. A través de técnicas como el FOTOCOLLAGE transforma ese edificio.

5. Puesta en común.

SESIÓN 4. EXPOSICIÓN, ANÁLISIS Y MEMORIA REFLEXIVA Y VISUAL

Se planteará un *trabajo documental* (vídeo, cd, web, etc. En la que todos los participantes del taller seleccionen y estructuren todo el trabajo realizado)

5. Materiales

Detonante: La *comunicación visual*.

Presentación: Power Point

Fase producción: libro o cuaderno de artista, cartones, papel continuo, colores (rotuladores, etc.)

Puesta en común: A través de fotografía, video, textos, etc. Se elaborará una memoria colectiva en la que participarán todos para documentar el taller.

Unidad didáctica 3

Imágenes del pensamiento o Pensamiento en imágenes

1. Encuadramiento

Contexto educativo: no formal

Contexto temporal: 4-5 sesiones de 2 horas de duración

Contexto geográfico: aula por determinar con buena luz, etc.

Contexto humano: grupo máximo 15 personas

2. Meta de la programación concreta

Meta de aprendizaje:

Conocimiento de otras manifestaciones artísticas que forman parte del arte contemporáneo actual.

3. Contenidos por unidad

Sesión 1: *tormenta de imágenes*

Sesión 2: *juegos de palabras-juegos de imágenes*

Sesión 3: *metáforas visuales*

Sesión 4: *creando un poema visual*

Sesión 5: *exposición, análisis y memoria reflexiva y visual*

4. Metodología: Método MUPAI

Detonante:

La **palabra** en el arte contemporáneo, cómo se usa, cómo sustituye o completa a la imagen, etc.

Presentación:

Presentar la obra de artistas como Jenny Holzer o Barbara Kruger.

Reflexionar en torno a la imagen y la palabra, ¿quién tiene el poder?, ¿se oponen la una a la otra?, ¿se complementan?, etc.

Producción:

SESIÓN 1. TORMENTA DE IMÁGENES

Reflexionar sobre la cantidad de imágenes que existen

Realizar una *tormenta de ideas visuales* (de imágenes)

SESIÓN 2. JUEGOS DE PALABRAS-JUEGOS DE IMÁGENES

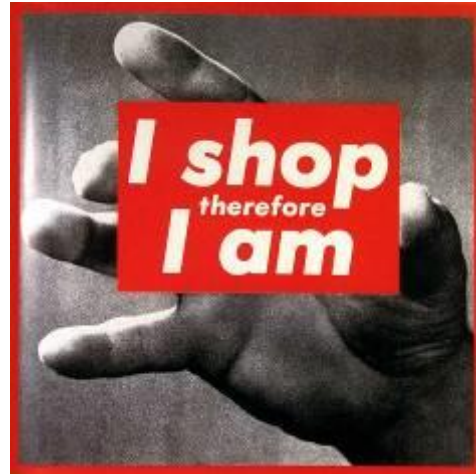
Jenny Holzer y Barbara Kruger. El arte contemporáneo y la palabra.

Juegos de palabras: las vanguardias históricas, dadá, etc.

Realizar una composición visual o un juego visual con la palabra



Jenny Holzer



Barbara Kruger

SESIÓN 3. METÁFORAS VISUALES

¿Qué es una metáfora visual?

Chema Madoz y sus metáforas visuales

Crear metáforas visuales a partir de letras de canciones



Chema Madoz

SESIÓN 4. **CREANDO UN POEMA VISUAL**

¿Qué es un *poema visual*?

Generar un *poema visual en movimiento* (en Power Point)

Puesta en común:

SESIÓN 5. **EXPOSICIÓN, ANÁLISIS Y MEMORIA REFLEXIVA Y VISUAL**

Se planteará un *trabajo documental* (vídeo, cd, web, etc. En la que todos los participantes del taller seleccionen y estructuren todo el trabajo realizado)

5. Materiales

Detonante: *La palabra*

Presentación: Power Point

Fase producción: libro o cuaderno de artista, cartones, papel continuo, colores (rotuladores, etc.)

Puesta en común: A través de fotografía, video, textos, etc. Se elaborará una memoria colectiva en la que participarán todos para documentar el taller.

Unidad didáctica 4

La imagen-tiempo

1. Encuadramiento

Contexto educativo: no formal

Contexto temporal: 4-5 sesiones de 2 horas de duración

Contexto geográfico: aula por determinar con buena luz, etc.

Contexto humano: grupo máximo 15 personas

2. Meta de la programación concreta

Meta de aprendizaje:

Conocimiento de otras manifestaciones artísticas que forman parte del arte contemporáneo actual.

El *video arte*, como *audiovisual no afirmativo*. Entendido *no afirmativo*, aquellas piezas que no conforman el imaginario audiovisual habitual. La imagen audiovisual a la que todos tenemos fácil y rápido acceso son la publicidad, el cine, comercial en la mayor parte de los casos, etc. Pero existen otras imágenes audiovisuales, como el videoarte, con otros planteamientos que podrían enriquecer nuestro imaginario o cultura visual.

3. Contenidos por unidad

Sesión 1: *El video-arte, como otro modo de expresión audiovisual*

Sesión 2: *El vídeo-clip*

Sesión 3: *El vídeo on-line*

Sesión 4: *exposición, análisis y memoria reflexiva y visual*

4. Metodología: Método MUPAI

Detonante:

La *imagen de vídeo* del *video arte*, como una imagen *diferente*.

Presentación:

La obra de Sergio Prego, como ejemplo de videoarte, que se *contamina* de las propuestas del cine y de la publicidad.



Fotogramas de la obra de Sergio Prego

Producción:

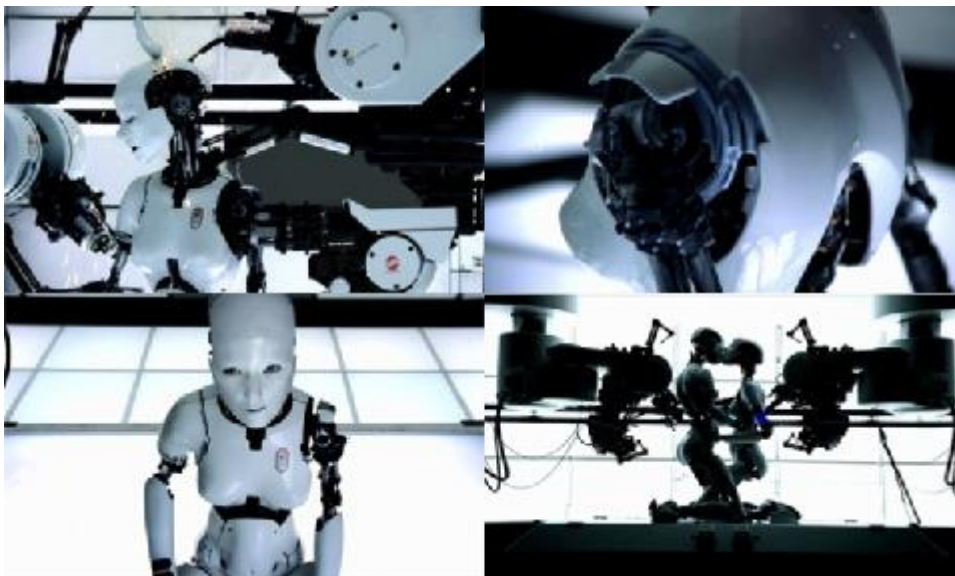
SESIÓN 1. *EL VIDEO-ARTE, COMO OTRO MODO DE EXPRESIÓN AUDIOVISUAL*

¿Qué es el video-arte? Recorrido por su historia

La obra de Sergio Prego

SESIÓN 2. *EL VÍDEO-CLIP*

1. ¿Qué es un story-movie? Ver ejemplos: Michel Gondry, Chris Cunningham
2. Elegir una canción. Escribir su letra (si es en otro idioma) a ser posible conseguir su traducción.
3. Construir una serie de 16 viñetas que ilustren las imágenes del vídeo-clip musical



SESIÓN 3. *EL VÍDEO ON-LINE*

La *Red* como medio de difusión de las imágenes: ¿Qué encontramos en la Red?

Generar un vídeo pensado para que *exista* en la Red.

Puesta en común

SESIÓN 4. *EXPOSICIÓN, ANÁLISIS Y MEMORIA REFLEXIVA Y VISUAL*

Se planteará un *trabajo documental* (vídeo, cd, web, etc. En la que todos los participantes del taller seleccionen y estructuren todo el trabajo realizado)

5. Materiales

Detonante: El *video-arte*

Presentación: Power Point

Fase producción: libro o cuaderno de artista, cartones, papel continuo, colores (rotuladores, etc.)

Puesta en común: A través de fotografía, video, textos, etc. Se elaborará una memoria colectiva en la que participarán todos para documentar el taller.

Anexo 3

DICCIONARIO DE CODIFICACION TESIS PABLO PASCALE

Este diccionario está diseñado para ayudarle a codificar las unidades de análisis que surgen en las entrevistas realizadas a adolescentes. Cada categoría está subdividida en distintas unidades de análisis de las que se proporciona una definición. Al momento de codificar debe atenerse a las definiciones aquí propuestas. Para cada unidad de análisis se presenta una serie de ejemplos.

Para codificar el presente estudio siga las instrucciones a continuación.

Instrucciones:

Se ha realizado una entrevista previa a los talleres de arte (ENTREVISTA 1) y una posterior a la realización de los mismos (ENTREVISTA 2).

A Usted se le está proporcionando:

- a. La ENTREVISTA 1 y la ENTREVISTA 2 de diez adolescentes;
- b. Un diccionario de categorías y unidades de análisis que le ayudarán a codificar las entrevistas;

c. La REJILLA 1 para categorizar la ENTREVISTA 1;

d. La REJILLA 2 para categorizar la ENTREVISTA 2.

Pasos para la cumplimentación de la rejilla:

1. Realice una primera lectura de la ENTREVISTA 1 del entrevistado 1
2. Realice una segunda lectura de la ENTREVISTA 1 del entrevistado 1 y comience a codificar en la REJILLA 1.
3. Este mismo proceso debe repetirse para cada ENTREVISTA 1 de los diez entrevistados. Puede leer cada entrevista todas las veces que considere necesario.
4. Una vez cumplimentada toda la REJILLA 1, realice una primera lectura de la ENTREVISTA 2 del entrevistado 1.
5. Realice una segunda lectura de la ENTREVISTA 2 del entrevistado 1 y comience a codificar en la REJILLA 2.
6. Este mismo proceso debe repetirse para cada ENTREVISTA 2 de los diez entrevistados.
7. Una vez cumplimentada la REJILLA 2, ha finalizado el proceso de codificación.

CATEGORIAS DE ANALISIS PARA ENTREVISTA 1 A ADOLESCENTES

CATEGORIA 1: Experiencia de hospitalización

101 Experiencia de hospitalización positiva

Cuando describen la situación de hospitalización como que está pasándolo bien. Por ejemplo, aquí estoy bien; aquí estoy mejor que en el centro; aquí estoy más tranquilo, etc.

102 Experiencia de hospitalización negativa

Cuando describen la situación como negativa, que lo está pasando mal. Por ejemplo, cuando mencionan la situación de encierro, sensación de encarcelamiento, fatal, etc.

103 Causas para sentirse bien

Cuando logra atribuir alguna causa sobre su percepción positiva de hospitalización. Por ejemplo: aquí me están ayudando; necesitaba estar aquí un tiempo; las pastillas me tranquilizan; etc.

104 Causas para sentirse mal

Cuando logra atribuir alguna causa sobre su percepción negativa de la hospitalización. Por ejemplo: aquí no me están ayudando; no me tratan bien; me siento encerrado; esto es como una cárcel; etc.

105 La hospitalización como un corte con la vida cotidiana

Cuando mencionan que el estar hospitalizados corta con sus actividades cotidianas, o con sus relaciones o proyectos y esto les supone una preocupación. Por ejemplo, aquí no puedo ver a mi novio y no sé qué está pasando; mis amigas no saben dónde estoy; no puedo ir al instituto y puedo suspender; etc.

CATEGORIA 2: Estados emocionales

201 Asocian la hospitalización a estados emocionales negativos.

Cuando la hospitalización les genera un estado emocional negativo. Por ejemplo, aquí estoy triste, aburrido, me siento solo, echo de menos a mi

familia, etc. Por favor, identifique la aparición de uno de los siguientes estados emocionales:

201.1 Aburrimiento

201.2 Angustia

201.3 Apatía

201.4 Enfado

201.5 Impotencia

201.6 Miedo

201.7 Soledad

201.8 Tristeza

201.9 Vaciedad

202 Asocian la hospitalización a estados emocionales positivos

Cuando la hospitalización les genera un estado emocional positivo. Por ejemplo, aquí me siento bien, contento, más libre, a gusto, feliz, mejor que antes, etc. Por favor, identifique la aparición de uno de los siguientes estados emocionales:

202.1 Entusiasmo

202.2 Felicidad

202.3 Gratitud

202.4 Ilusión

202.5 Libertad

202.6 Placentero

202.7 Relajación

202.8 Satisfacción

CATEGORIA 3: Dimensión temporal

301 El paso del tiempo es percibido como momentos asociados a actividades

Cuando la estructuración del tiempo está asociada o pautada por las actividades que se realizan en el hospital. Por ejemplo: fue luego de la terapia; antes de la comida, etc.

302 El paso del tiempo es percibido como momentos asociados a estados emocionales

Cuando la medición del tiempo se realiza en términos de momentos asociados a estados emocionales específicos. Por ejemplo: es un momento de felicidad, un momento de aburrimiento; un momento de libertad, etc.

303 El tiempo en el hospital pasa lento

Cuando el fluir del tiempo en el hospital es percibido como lento. Por ejemplo, aquí el tiempo no pasa más; el tiempo pasa lento, parece que hace más tiempo que estoy aquí, etc.

304 El tiempo en el hospital pasa rápido

Cuando el fluir del tiempo en el hospital es percibido como rápido. Por ejemplo, el tiempo, se me pasó rápido, ha pasado volando, etc.

CATEGORIA 4: Dimensión espacial

401 La palabra hospital es un tabú

Cuando a lo largo de la entrevista no se menciona la palabra hospital y se la sustituye por “aquí”, “aquí dentro” “en este lugar”, u otra expresión que no sea hospital.

402 Espacio de encierro

Cuando se refiere a que el espacio de hospitalización es como una cárcel, o muy cerrado, sin aire. O se remite a situación o sensación de encierro.

CATEGORIA 5: Necesidad de control

501 Falta de control

Cuando mencionan que la situación de hospitalización o encierro les provoca una pérdida de control como no poder decir lo que sienten o piensan, o hacer lo que desean o les gusta. Por ejemplo, aquí no nos escuchan; no podemos tener nuestras cosas; no podemos hacer lo que deseamos, tienes que ocultar lo que piensas, no puedes tener contacto físico, etc.

502 Sensación de control

Cuando mencionan que pueden expresarse, decir lo que piensan o sienten. O hacer lo que les gusta o desean. Por ejemplo, es un momento para expresarse, te sientes tú mismo, etc.

REJILLA 1: CODIFICACIÓN PARA ENTREVISTA 1

Para cada unidad de análisis (101, 102, etc.) numere su frecuencia de aparición en el transcurso de cada una de las entrevistas (Juan, Amalia, etc.), según surjan cada vez que sean expresadas por el entrevistado.

	Juan	Amalia	Danilo	Diego	Mario	Julia	María	Raúl	Mia	Luisa
101										
102										
103										
104										
105										
201										
Aburrimiento
Angustia
Apatía
Enfado
Impotencia
Miedo
Soledad
Tristeza
Vaciedad
202										
Entusiasmo
Felicidad
Gratitud
Ilusión
Libertad
Placentero
Relajación
Satisfacción
301										
302										
303										
304										
401										
402										
501										
502										

CATEGORIAS DE ANALISIS PARA ENTREVISTA 2 A

ADOLESCENTES

CATEGORIA 1: Experiencia de hospitalización

101 Experiencia de hospitalización positiva

Cuando describen la situación de hospitalización como que está pasándolo bien. Por ejemplo, aquí estoy bien; aquí estoy mejor que en el centro; aquí estoy más tranquilo, etc.

102 Experiencia de hospitalización negativa

Cuando describen la situación como negativa, que lo está pasando mal. Por ejemplo, cuando mencionan la situación de encierro, sensación de encarcelamiento, fatal, etc.

103 Causas para sentirse bien

Cuando logra atribuir alguna causa sobre su percepción positiva de hospitalización. Por ejemplo: aquí me están ayudando; necesitaba estar aquí un tiempo; las pastillas me tranquilizan; etc.

104 Causas para sentirse mal

Cuando logra atribuir alguna causa sobre su percepción negativa de la hospitalización. Por ejemplo: aquí no me están ayudando; no me tratan bien; me siento encerrado; esto es como una cárcel; etc.

105 La hospitalización como un corte con la vida cotidiana

Cuando mencionan que el estar hospitalizados corta con sus actividades cotidianas, o con sus relaciones o proyectos y esto les supone una preocupación. Por ejemplo, aquí no puedo ver a mi novio y no sé qué está pasando; mis amigas no saben dónde estoy; no puedo ir al instituto y puedo suspender; etc.

CATEGORIA 2: Estado emocionales

201 Asocian la hospitalización a estados emocionales negativos.

Cuando la hospitalización les genera un estado emocional negativo. Por ejemplo, aquí estoy triste, aburrido, me siento solo, echo de menos a mi

familia, etc. Por favor, identifique la aparición de uno de los siguientes estados emocionales:

201.1 Aburrimiento

201.2 Angustia

201.3 Apatía

201.4 Enfado

201.5 Impotencia

201.6 Miedo

201.7 Soledad

201.8 Tristeza

201.9 Vaciedad

202 Asocian la hospitalización a estados emocionales positivos

Cuando la hospitalización les genera un estado emocional positivo. Por ejemplo, aquí me siento bien, contento, más libre, a gusto, feliz, mejor que antes, etc. Por favor, identifique la aparición de uno de los siguientes estados emocionales:

202.1 Entusiasmo

202.2 Felicidad

202.3 Gratitud

202.4 Ilusión

202.5 Libertad

202.6 Placentero

202.7 Relajación

202.8 Satisfacción

203 Asocian los talleres de arte a estados emocionales negativos

Cuando los talleres de arte le genera un estado emocional negativo. Por ejemplo, me aburren, etc. Por favor, identifique la aparición de uno de los siguientes estados emocionales:

203.1 Aburrimiento

203.2 Angustia

203.3 Apatía

203.4 Enfado

203.5 Impotencia

203.6 Miedo

203.7 Soledad

203.8 Tristeza

203.9 Vaciedad

204 Asocian los talleres de arte a estados emocionales positivos

Cuando los talleres de arte le generan un estado emocional positivo. Por ejemplo, me divierten; me siento libre; me dan ilusión; me siento feliz; etc.

Por favor, identifique la aparición de uno de los siguientes estados emocionales:

204.1 Entusiasmo

204.2 Felicidad

204.3 Gratitud

204.4 Ilusión

204.5 Libertad

204.6 Placentero

204.7 Relajación

204.8 Satisfacción

CATEGORIA 3: Dimensión temporal

301 El paso del tiempo es percibido como momentos asociados a actividades

Cuando la estructuración del tiempo está asociada o pautada por las actividades que se realizan en el hospital. Por ejemplo: fue luego de la terapia; antes de la comida, etc.

302 El paso del tiempo es percibido como momentos asociados a estados emocionales

Cuando la medición del tiempo se realiza en términos de momentos asociados a estados emocionales específicos. Por ejemplo: es un momento de felicidad, un momento de aburrimiento; un momento de libertad, etc.

303 El tiempo en el hospital pasa lento

Cuando el fluir del tiempo en el hospital es percibido como lento. Por ejemplo, aquí el tiempo no pasa más; el tiempo pasa lento; parece que hace más tiempo que estoy aquí, etc.

304 El tiempo en el hospital pasa rápido

Cuando el fluir del tiempo en el hospital es percibido como rápido. Por ejemplo, el tiempo; se me pasó rápido; ha pasado volando, etc.

305 El tiempo en los talleres de arte pasa lento

Cuando el fluir del tiempo durante los talleres de arte es percibido como lento. Por ejemplo, aquí el tiempo no pasa más; el tiempo pasa lento; parece que hace más tiempo que estoy aquí, etc.

306 El tiempo en los talleres de arte pasa rápido

Cuando el fluir del tiempo durante los talleres de arte es percibido como rápido. Por ejemplo, el tiempo se me pasó rápido; ha pasado volando; deberían ser más largos; parecen más cortos, etc.

CATEGORIA 4: Dimensión espacial

401 La palabra hospital es un tabú

Cuando a lo largo de la entrevista no se menciona la palabra hospital y se la sustituye por “aquí”, “aquí dentro” “en este lugar”, u otra expresión que no sea hospital.

402 Espacio de encierro

Cuando se refiere a que el espacio de hospitalización es como una cárcel, o muy cerrado, sin aire. O se remite a situación o sensación de encierro.

CATEGORIA 5: Necesidad de control

501 Falta de control

Cuando mencionan que la situación de hospitalización o encierro les provoca una pérdida de control como no poder decir lo que sienten o piensan, o hacer lo que desean o les gusta. Por ejemplo, aquí no nos escuchan; no podemos tener nuestras cosas; no podemos hacer lo que deseamos; tienes que ocultar lo que piensas, etc.

502 Sensación de control

Cuando mencionan que pueden expresarse, decir lo que piensan o sienten. O hacer lo que les gusta o desean. Por ejemplo, es un momento para expresarse; te sientes tú mismo, etc.

CATEGORIA 6: Experiencia de talleres de arte

601 Experiencia positiva de talleres de arte.

Cuando mencionan que debería haber más talleres a futuro; o que les han gustado; o que se lo han pasado bien, a gusto o relajados, etc.

602 Experiencia de talleres de arte negativa

Cuando mencionan que no debería haber más talleres a futuro; o que no les han gustado; o que no se lo han pasado bien; que se han aburrido, etc.

CATEGORIA 7: Función de los talleres de arte

701 Los talleres establecen un corte con la experiencia de hospitalización

Cuando mencionan que los talleres les hacen olvidar donde están, o que los distraen del ámbito en el que están; o les ayuda a aislarse; o evadirse de la situación de hospitalización, etc.

702 Los talleres establecen un corte con la experiencia de enfermedad

Cuando mencionan que los talleres les hacen olvidar, distraerse, aislarse o evadirse de su enfermedad o problema personal. . Por ejemplo, hacen que me olvide de los problemas; hacen que por un rato me olvide de la comida (anorexia); agresividad, etc

703 Los talleres son una instancia de aprendizaje

Cuando refieren que los talleres de arte son una instancia de aprendizaje, que han aprendido cosas. Por ejemplo, he aprendido lo que es el cine de autor; nos han enseñado lo que son los graffitis, etc.

704 Los talleres de arte no son útiles

Cuando mencionan que los talleres de arte no han supuesto ninguna forma de enriquecimiento, o que no han servido para algo. Por ejemplo, me sentía un tonto; no sirven para nada; son para niños pequeños no para mí, etc.

REJILLA 2: CODIFICACIÓN PARA ENTREVISTA 2

Para cada unidad de análisis (101, 102, etc.) numere su frecuencia de aparición en el transcurso de cada una de las entrevistas (Juan, Amalia, etc.), según surjan cada vez que sean expresadas por el entrevistado.

	Juan	Amalia	Danilo	Diego	Mario	Julia	María	Raúl	Mía	Luisa
101										
102										
103										
104										
105										
201										
Aburrimiento
Angustia
Apatía
Enfado
Impotencia
Miedo
Soledad
Tristeza
Vaciedad
202										
Entusiasmo
Felicidad
Gratitud
Ilusión
Libertad
Placentero
Relajación
Satisfacción
203										
Aburrimiento
Angustia
Apatía
Enfado
Impotencia
Miedo
Soledad
Tristeza
Vaciedad
204										
Entusiasmo
Felicidad
Gratitud
Ilusión
Libertad
Placentero
Relajación
301										
302										
303										
304										
305										
306										
401										
402										
501										
502										
601										
602										
701										
702										
703										
704										

CATEGORIAS DE ANALISIS PARA ENTREVISTAS A PERSONAL

SANITARIO

CATEGORIA 1: Experiencia de hospitalización de adolescentes

101 Experiencia de hospitalización positiva

Cuando describen la situación de hospitalización de los adolescentes como vivenciada por ellos como positiva, o que están pasándolo bien. O que los adolescentes la perciben positivamente.

102 Experiencia de hospitalización negativa

Cuando describen que la situación de hospitalización es vivenciada negativamente por los adolescentes. Que se sienten encerrados, o que no desean estar allí, etc.

103 Experiencia de hospitalización como proceso

Cuando refieren a que la hospitalización es un proceso por el que se pasa por diferentes etapas de experiencia positiva y negativa.

CATEGORIA 2: Evaluación de talleres de arte

201 Experiencia de talleres de arte positiva para adolescentes

Cuando mencionan que los adolescentes se lo han pasado bien, que les ha servido o ayudado, que ha sido positivo para ellos.

202 Experiencia de talleres de arte negativa para adolescentes

Cuando mencionan que los adolescentes no lo pasaron bien en los talleres de arte, o que se aburrían o que no les gustaron.

203. Los talleres de arte estructuran al grupo

Cuando mencionan que los talleres de arte logran una estructuración grupal, o sirven para hacer grupo, u organizar a los pacientes como grupo, o a unirlos, etc.

203b. Los talleres de arte no estructuran al grupo

Cuando mencionan que los talleres de arte no logran una estructuración grupal, o no sirven para hacer grupo.

204. En los talleres de arte se logran niveles de atención positivos

Cuando mencionan que durante la realización de talleres los adolescentes logran concentrarse y atender a la tarea y/o a las educadoras.

204b. En los talleres de arte no se logran niveles de atención positivos

Cuando mencionan que durante la realización de talleres los adolescentes no logran concentrarse y atender a la tarea y/o a las educadoras

205. En los talleres de arte se logran niveles de participación positivos

Cuando mencionan que durante la realización de talleres los adolescentes logran participar activamente de las actividades

205b. En los talleres de arte se logran niveles de participación negativos

Cuando mencionan que durante la realización de talleres los adolescentes no logran participar activamente de las actividades

206. Los talleres de arte generan estados emocionales positivos

Cuando se menciona que durante los talleres se percibía a los participantes contentos, alegres, felices, divertidos, disfrutando.

207. Los talleres de arte generan estados emocionales negativos

Cuando se menciona que durante los talleres se percibía a los participantes tristes, aburridos, no disfrutando, agresivos, etc.

208 Los talleres de arte son una instancia de aprendizaje

Cuando mencionan que los talleres de arte tienen un efecto de aprendizaje

208b los talleres de arte no son una instancia de aprendizaje

Cuando mencionan que los talleres de arte no tienen un efecto de aprendizaje

CATEGORIA 3: El lado sano

301 Los talleres de arte hacen emerger el lado sano del paciente

Cuando mencionan que los talleres de arte hacen emerger o aflorar el lado más sano de los pacientes, o su lado más normal, o que en los talleres de arte se trabaja desde la salud y/o normalidad.

302 los talleres ayudan a organizar el pensamiento

Cuando mencionan que los talleres de arte ayudan a los adolescentes a organizar sus ideas o pensamiento, o que les sirven para saber cómo organizarse.

CATEGORÍA 4: El olvido

401. Los talleres ayudan a los adolescentes a olvidar sus problemas

Cuando mencionan que los talleres ayudan a los pacientes a olvidar o evadirse de sus problemas personales o preocupaciones.

402. Olvidar sus problemas es positivo

Cuando mencionan que para los adolescentes olvidar su problema es positivo, y les ayuda en su tratamiento; o les facilita su estancia hospitalaria.

403. Olvidar sus problemas es negativo

Cuando mencionan que para los adolescentes olvidar su problema es negativo, y no les ayuda en su tratamiento.

CATEGORIA 5: Aportes al tratamiento

501. Los talleres de arte ayudan al tratamiento

Cuando mencionan que uno de los efectos de los talleres es o sería un aporte al tratamiento; o que los talleres de arte han tenido efectos positivos o beneficiosos sobre el tratamiento de los adolescentes

502. Los talleres de arte no ayudan al tratamiento

Cuando mencionan que los talleres de arte no son o no serían un aporte al tratamiento, o que los talleres de arte han tenido efectos negativos sobre el tratamiento de los adolescentes.

503. Los talleres de arte son inocuos para el tratamiento

Cuando mencionan que los talleres de arte no producen efectos ni positivos ni negativos sobre el tratamiento; o cuando no se consideran capaces de evaluar los efectos de los talleres de arte sobre el tratamiento.

CATEGORIA 6: Cambio de mentalidad del personal sanitario

601. Los talleres de arte como una nueva forma de trabajo

Cuando los entrevistados mencionan que con los talleres de arte se puede trabajar desde una perspectiva distinta a la habitual, que los talleres serían una forma más de trabajo con pacientes. Que han visto que se pueden obtener resultados positivos con el arte o que la inclusión del arte en el hospital es positiva.

602. Sorpresa ante resultados de talleres de arte

Cuando mencionan que previo a los talleres de arte pensaban que determinados resultados no podían hallarse y una vez concluidos los talleres de arte los vieron cumplirse. Cuando las expectativas con respecto a los resultados de los talleres de arte eran bajas y se ven superadas con la realización de los talleres. Cuando mencionan estar sorprendidos por el programa de talleres de arte y sus resultados.

REJILLA 3: CODIFICACIÓN PARA ENTREVISTA A PERSONAL

SANITARIO

Para cada unidad de análisis (101, 102, etc.) numere su frecuencia de aparición en el transcurso de cada una de las entrevistas (ent. 1, ent. 2, etc.)

	Ent1	Ent2	Ent3	Ent4	Ent5	Ent6	Ent7	Ent.8	Ent9	Ent10
101										
102										
103										
201										
202										
203										
203b										
204										
204b										
205										
205b										
206										
207										
208										
208b										
301										
302										
401										
402										
403										
501										
502										
503										
601										
602										