



Postítulo de Arte mención Arte terapia

Escuela de Posgrado

Facultad de Artes Universidad de Chile

# ARTETERAPIA Y ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO



**Alumna:**

**Pamela Fabres E.**

**Prof.:**

**Pamela reyes**

**Paulina Jara**

**Abril, 2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer en primer lugar a toda la familia por su apoyo constante en el camino del aprendizaje. Agradezco en forma especial a mi marido por su apoyo en la realización y logro de este sueño, a pesar de las dificultades en nuestro camino. Por haberme dado el privilegio de acceder a este proceso educativo sin los problemas que tantos en este país deben sortear.

A mis hijos por su comprensión y paciencia.

A mi hermano que antes que yo escogió este hermoso camino y cuya dedicación y amor por el arteterapia me guiaron también por el. Porque con su estímulo y perseverancia en los momentos difíciles siempre me dio el aliento para seguir adelante.

A todos quienes me apoyaron en este logro todo mi amor.

## ÍNDICE

I.	Resumen.....	4
II.	Introducción.....	5
III.	Marco teórico	
	III.1.- Arteterapia.....	7
	III.1.1.- Definición de Arteterapia.....	7
	III.1.2.- Lenguaje no verbal.....	11
	III.1.3.- Vinculo terapéutico en AT.....	12
	III.1.4.- Creatividad.....	15
	III.2.- Continuo de Terapias Expresivas.....	18
	III.2.1.- Nivel Kinestésico.....	19
	III.2.2.- Nivel Sensorial.....	21
	III.2.3.- Nivel Perceptual.....	21
	III.2.4.- Nivel Afectivo.....	24
	III.2.5.- Componente Cognitivo.....	25
	III.2.6.- Componente Simbólico.....	26
	III.2.7.- Nivel Creativo.....	27
	III.3.- Accidente Vascular Encefálico	
	III.3.1.- Definición.....	27

III.3.2.- Epidemiología.....	28
III.3.3.- Magnitud del problema.....	29
III.3.4.- Causas y Secuelas.....	30
III.3.5.-Funcionamiento Cerebral.....	31
III.3.6.Rehabilitación.....	36
III.3.7.- Neurorehabilitación.....	37
IV. Arteterapia en la Rehabilitación.....	40
V. Estudio de Caso	
V.1.- Sitio de la práctica.....	44
V.2.- Antecedentes de la paciente.....	44
V.3.- Objetivos de la intervención.....	46
V.4.- Encuadre o setting.....	46
V.5.- Descripción y análisis del proceso terapéutico.....	47
V.5.1.- Fase Inicial: Sesiones 1 a 3.....	47
V.5.2.- Fase Intermedia: Sesiones 4 a 10.....	62
V.5.3.- Fase Final: Sesiones 11 a 16.....	88
VI.- Reflexión y Conclusiones.....	109
VII.-Referencias Bibliográfica.....	115

I.-

## RESUMEN

Este trabajo desarrollado para postular al título de Arteterapeuta, se realizó en una clínica privada de Neurorehabilitación. El paciente afectado por un Accidente Vascular Encefálico derecho requiere rehabilitación tanto física como neurológica, otorgada por un equipo de especialistas, al que me sumaré como Arteterapeuta.

En los últimos tiempos se ha visto la gran importancia de la rehabilitación de pacientes con daño cerebral, pues hay estudios que demuestran que existe una plasticidad a nivel del Sistema Nervioso Central, que permitiría recuperar total o parcialmente funciones perdidas en la injuria sufrida.

Para ello es vital el trabajo en equipo, otorgado en forma precoz una vez ocurrido el Accidente Vascular Encefálico. El trabajo arteterapéutico en esta área es pionero y por tanto será una experiencia enriquecedora especialmente para mí, a la vez que ayude a fortalecer y ampliar la importancia de los Arteterapeutas en esta área.

Hace algunas décadas al hablar de daño cerebral, nuestro primer pensamiento era daño irreversible, irrecuperable, era una sentencia sin posibilidades de retorno, donde el paciente que sufría un accidente vascular encefálico, un traumatismo encéfalo craneano u otro que afectara directamente al cerebro, eran tratados con una mirada donde la atención se centraba específicamente en la recuperación física. Todo esto sin considerar, o más bien, con la premisa de que las secuelas serían inevitables en toda su magnitud. Sin embargo, ya a partir del siglo XIX hay estudios que permiten mapear las funciones cerebrales y vislumbrar posibilidades y niveles de recuperación.

Los conceptos y modelos elaborados para explicar la restauración del sistema nervioso son más recientes. Esta recuperación cerebral puede ocurrir por grados; sin embargo, las ganancias funcionales continúan por años después de la lesión. El grado de recuperación depende de diversos factores, entre los que se incluyen: edad, área comprometida del cerebro, cantidad del tejido afectado, rapidez del daño, mecanismos de reorganización cerebral, así como de factores ambientales y psicosociales, todos ellos nos hablan de la posibilidad de cierta plasticidad en el sistema nervioso central. En nuestro país y dado nuestro contexto histórico, estos estudios fueron accesibles a partir de la década de los 90.

Existen diversos estudios (Damasio (1994), Luria (1973) y Aguilar (1998), entre otros, que han demostrado de manera fehaciente que nuestro sistema nervioso al sufrir injurias, tiene la posibilidad de recuperación, o de readaptación. En otras palabras tiene una gran plasticidad, definida ésta como la “capacidad adaptativa del sistema nervioso central para modificar su propia organización estructural y su funcionamiento”.

La presente monografía para optar al título de Arteterapeuta se ha basado en una experiencia práctica con una paciente con accidente vascular encefálico. Dicha experiencia se realizó en una clínica privada, en la ciudad de Santiago, que es especialista en la atención de pacientes que requieren neuro-rehabilitación. Esta institución plantea que en los tratamientos que aplica a sus pacientes busca “a través de una mirada humana e integral, tratar, mejorar y/o compensar los déficits y reentrenar las habilidades perdidas por esta lesión cerebral, procurando con ello facilitar la inclusión y participación, familiar, comunitaria y social de los pacientes<sup>iii</sup>”.

En Chile, la Enfermedad Cerebrovascular (ECV), la cual incluye el Accidentes Vascular (AVE) y los accidentes isquémicos transitorios, son la segunda causa de mortalidad. Considerando esto, y dada mi profesión de base, Enfermera, me pareció de gran provecho la posibilidad de realizar mi trabajo en el área de la neurorehabilitación, donde resulta posible el entrecruzamiento de la salud y el arte. En pacientes afectados por daño cerebral, el aporte del Arteterapia en su rehabilitación es una real contribución a su calidad de vida, pues se ven enfrentados a un cambio dramático, donde en muchas ocasiones hay un antes y un después de sufrir un AVE. En este marco teórico, el aporte de Arteterapia se considera pionero en esta área.

Como es de nuestro conocimiento los materiales de arte poseen ciertas cualidades y propiedades que influyen en los procesos de Arteterapia. Sin embargo, es a partir de los estudios de S. Kagin, en conjunto con Lusebrink (1973) que se llega a conclusiones sobre cómo influyen en el modo de percibir el trabajo los materiales de arte y su interacción con el proceso terapéutico. Aquí nace lo que se conoce como ETC, el Continuo de Terapias Expresivas que aporta una base teórica que relaciona aspectos del proceso creativo y su desarrollo, con aportes de diferentes escuelas de pensamiento.

El uso de este marco teórico es sugerido por la profesora supervisora y me pareció muy atinente. En él se relaciona el uso de materiales de arte, sus propiedades y los cuatro niveles bipolares desde los cuales el paciente puede conectarse con ellos, asociando en este quehacer funcionamiento cerebral y proceso creativo.

Es este marco conceptual, el que servirá como base teórica para el desarrollo de este trabajo.

“Pero hemos de decir desde el principio que una enfermedad [neurológica] no es nunca una mera pérdida o un mero exceso, que hay siempre una reacción por parte del organismo o individuo afectado, para restaurar, reponer, compensar, y para preservar su identidad, por muy extraños que puedan ser los medios; y una parte esencial de nuestro papel como médicos, tan esencial como estudiar el ataque primario al sistema nervioso, es estudiar esos medios e influir en ellos”

Oliver Sacks

### III.1.- Arteterapia

#### III.1.1.- Definiciones de Arteterapia

Según la **Asociación Chilena de Arteterapia (ACAT)**, *“El Arteterapia es una especialización profesional que utiliza la expresión plástica como medio de comunicación, para explorar y elaborar el mundo interno de los pacientes en el proceso psicoterapéutico, con fines educativos y de desarrollo personal. “*

Para la **Asociación Británica de Arteterapia (BAAT)**, *“El Arte Terapia es una forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos como su primera forma de comunicación. Los pacientes que son referidos a un arte terapeuta no necesitan tener conocimientos previos de arte, el Arteterapeuta no está concentrado en hacer un juicio estético de la imagen del paciente. El principal propósito de esta práctica es permitir al paciente hacer cambios y crecimientos a nivel personal, a través del uso de los materiales de arte en un ambiente seguro y facilitador. La relación entre el terapeuta y el paciente es de central importancia, pero el arte terapeuta difiere de otras terapias psicológicas en que hay un proceso de tres vías entre el paciente, el terapeuta y la imagen o el artefacto. Todo esto ofrece la oportunidad de expresión y comunicación y puede ser particularmente útil para gente que tiene dificultades con expresar verbalmente sus pensamientos y sentimientos.*

El arte terapia es “la utilización del arte y otros medios visuales en un entorno terapéuticos o de tratamiento”. La terapia artística o arte terapia es más que el trabajo artístico en terapia. En Arteterapia no se da solo una relación arte terapéutica, sino que se produce una triangulación entre terapeuta-obra-paciente. La psicoterapia clásica

utiliza mayormente el lenguaje verbal. En arte terapia encontramos que otro tipo de lenguaje es central: el lenguaje no-verbal tanto de las imágenes como el corporal, por lo que si bien es una terapia que utiliza materiales artísticos en el tratamiento, el arte terapia incluye una modalidad de aplicación diferente y otros conceptos y contenidos, como la comunicación no verbal a partir de las imágenes, la triangulación terapeuta - obra - paciente, la resignificación a partir de las imágenes, la visualización de los conflictos internos a partir de las imágenes, el trabajo creativo como parte de la terapia, la expresión integral de la persona, puesto que para expresarse a través de la imagen deben trabajar en conjunto cuerpo-mente-emoción.

Como plantea Malchiodi, la terapia artística no tiene una población específica, ya que puede ser usada ampliamente desde infantes hasta adultos mayores (simples problemas de adaptación, pérdidas, patologías graves, etc. (Malchiodi, C. 2007).

En el nacimiento de Arteterapia como un campo profesional, son muchos los aportes que fueron construyendo este camino y que nos han llevado a comprender cómo los diferentes aspectos del ser humano se entrelazan para dar forma al todo que somos.

En esta monografía he trabajado con el marco teórico ofrecido por el Continuo de Terapias Expresivas, (ETC), método del que más adelante se habla en detalle pero que me parece aporta la posibilidad de comprender los procesos de arte, en relación al funcionamiento cerebral. Me pareció interesante que en su nacimiento o formulación se consideraran diferentes enfoques y aportes de diversos profesionales reconocidos, que en el desarrollo de su quehacer profesional aceptaran el poder terapéutico del trabajo con materiales de arte, entre ellos mencionaré:

**Margaret Naumberg** es considerada la madre del Arteterapia, Psiquiatra que se inició trabajando en salud mental y luego en educación, para después de esto entender de una manera personal el psicoanálisis y su relación con el arte, concluyendo que la psicoterapia de arte era igual o incluso superior a la terapia verbal, en la manera de mostrar aquello reprimido en el paciente. De esta manera ella enfatizó el significado simbólico del contenido de la obra influenciando el concepto de la dimensión simbólica del ETC.

**Edith Kramer** contribuyó reforzando la influencia en el uso de “materiales precursores” y su idea de “descargas caóticas” con el trabajo con niños, ayudó en la formulación de las ideas implícitas en el nivel Kinestésico/Sensorial del ETC.

La forma de utilizar este concepto es similar al de Kagin y Lusebrink (1978), quienes definieron como bipolar la naturaleza del nivel Perceptual/Afectivo, donde al haber mayor incremento en la participación perceptiva (formación de la imagen), disminuye la implicación afectiva. Las actividades perceptivas se pueden usar terapéuticamente para ayudar a contener las emociones de los pacientes. Edith Kramer también trabajó con la parte simbólica de la imagen, formada en distintos niveles, llegando a la significación del paciente con o sin palabras, describiendo de esta manera elementos del nivel creativo de ETC.

**Elinor Ulman**, para esta artista, el proceso creativo en sí mismo fue un factor curativo determinante en esta nascente disciplina, donde el hecho de traducir lo simbólico en palabras era innecesario para lograr que el paciente hiciera un insight. Para Ulman, la sublimación a través del proceso creativo era la llave en Arteterapia. El ETC incorpora de ella la descripción en relación a la alineación entre la experiencia interna de la persona con la experiencia externa de ella a nivel creativo.

**Viktor Lowenfeld**, fue un influyente educador de arte, que primero ayudó a definir los niveles de desarrollo gráfico, así como a entender la relación directa entre inteligencia, habilidades sociales y desarrollo creativo. En segundo lugar para él, el aprendizaje es óptimo si es integrado, destacando que al recibir integradamente información a través de los sentidos kinestésico, perceptual, emocional e intelectual las experiencias de aprendizaje y creativa pueden ser óptimas. Al formular ETC, Kagin y Lusebrink ampliaron esta estructura utilizada por Lowenfeld. Los diferentes canales de recepción de información por él planteados fueron formulados como una progresión jerárquica de crecientes niveles de complejidad.

De este modo, la creciente complejidad de la expresión visual en los diferentes niveles de ETC, se correlacionan con los niveles del desarrollo gráfico planteado por Lowenfeld en su trabajo con niños.

**Mala Betensky**, (1973, 1995), es pionera en la teoría de Arteterapia Fenomenológica, la cual se basa en la experiencia inmediata de crear y percibir imágenes de arte. En sus trabajos iniciales advirtió sobre la variedad de respuestas de los pacientes a los medios de arte, encontrando personas que gustaban o repelían los materiales dependiendo de las cualidades de estos.

Además, discutió sobre el uso del color para facilitar la expresión de las emociones.

Ella daba inicio a la sesión de Arteterapia fenomenológica con un periodo de juego libre donde el paciente podía explorar, sentir a su gusto los materiales de arte. En segundo lugar pedía al paciente realizar una imagen que al terminar se colgaba en la pared para ser percibida. En este proceso por ella llamado “intuición fenomenológica”, se requería del paciente que mirara intencionadamente la imagen realizada “viendo” todo lo que le fuera posible en ella. El trabajo luego se revisaba en relación al trazado, color, forma, etc. En una tercera etapa preguntaba “Que ve Ud.?”, preguntando así el significado deducible de su obra.

En relación a ETC, hay similitud en el periodo de reconocimiento libre con el nivel Kinestésico/Sensorial, donde los movimientos y la percepción son enfatizados. En la siguiente etapa llamada de “contemplación” de su obra se observa paralelismo con el nivel de percepción del ETC y en la tercera etapa, donde el cliente trata de encontrar significados, analogías entre su obra y su vida, se observa un proceso similar al que ocurre en el nivel Cognitivo/Simbólico del ETC.

**Janie Rhyne**, (Rhyne, 1973, 1987), influenció la dimensión perceptual del ETC por el enfoque Gestáltico de Arteterapia. En este se enfatizaba la percepción de la experiencia inmediata. El colocar el foco en la expresión visual y su aplicación a la vida misma del paciente es un enfoque diferente de aquel donde se analiza el significado y las emociones a través del trabajo de arte del paciente.

El foco en arteterapia gestáltica es en la percepción del momento, utilizando las formas, la estructura y el lenguaje visual para lograr este fin. Adicionalmente Rhyne, sugiere diferentes actividades sensoriales para ayudar a la toma de conciencia del momento presente. Este método, con el énfasis en la expresión de elementos formales, se incorporó en la dimensión Perceptual del ETC.

**Mardi Horowitz** (1970, 1983), estudió la relación entre imagen y desarrollo cognitivo y la utilidad de la imagen en la psicoterapia. Para ella existen distintos tipos de imágenes que forman la base del pensamiento y el desarrollo cognitivo puede ser rastreado desde la infancia y adolescencia, basado en la concreción o abstracción de las imágenes.

Su teoría proporciona al ETC el eslabón perdido que muestra el paralelismo entre la formación de imágenes, proceso cognitivo y los diferentes niveles de expresiones artísticas.

### **III.1.2.- Lenguaje no-verbal**

En arteterapia, el cuerpo toma un lugar importante, puesto que la persona se involucra completamente, es uno con la obra, transfiriendo directamente hacia este objeto, pero una vez terminada la obra logra distanciarse y percibir la imagen desde otra perspectiva. Esta integración mente-cuerpo permite al terapeuta ampliar los contenidos tratados y es una de las razones por la que los psicoterapeutas y terapeutas artísticos prestan atención a las expresiones paralingüísticas y corporales. Y usan a veces técnicas de amplificación, solicitándoles a sus pacientes que dibujen y pinten para revelar otras metáforas, (Dalley, T. 1987). En este caso se acepta la extrapolación de contenidos perturbadores a través de un lenguaje simbólico, permitiéndose el niño o adulto, expresar de un modo seguro, externalizar aquellas sensaciones internas perturbadoras, que no le es posible expresar a través del lenguaje verbal.

Como plantea R. Gordon, (1993), la colaboración entre consciente e inconsciente se revela vívidamente al estudiar el proceso creativo de quien lo realiza.

El lenguaje del arte, como el de los sueños, no está sujeto a las leyes de la lógica, la gramática, la ortografía, la sintaxis ni el culto a la razón. El arte como lenguaje por tanto no tiene secuencia lineal, expresa conceptos pre-verbales o no verbales. Por ello la expresión de una persona puede convocar y presentar en imágenes: fantasías, afectos, traumas, bloqueos emocionales y la creatividad que permanecen reprimidas o censuradas. La autoexpresión da a conocer varias complejidades en simultáneo: símbolo, gesto espontáneo, color, textura, huella, fantasma, sublimación, etc. Pasado, presente y futuro se entrelazan y se presentan.

Margaret Naumberg, (1966), sostiene que “el paciente comienza a proyectar en imágenes lo que no podía expresar con palabras. Tales imágenes pictóricas pueden escapar a la prohibición de la censura de un modo que las palabras no pueden hacer. Si esto ocurre, el paciente es confrontado con la evidencia de una imagen de su conflicto en forma de pintura o escultura. Cuando un impulso (o un fantasma, etc.) prohibido ha alcanzado tal forma fuera de la psiquis del paciente, éste logra un distanciamiento de su conflicto, que a menudo lo capacita para examinar sus problemas con creciente objetividad. El paciente es así ayudado gradualmente a reconocer que sus producciones artísticas pueden ser consideradas como un espejo en que él comienza a develar sus propias motivaciones.”

El lenguaje es un medio pobre para expresar la riqueza de nuestro sentir, pero es aún más relevante su limitación en aquellos que tienen una dificultad concreta con daño fisiológico, sea en el habla propiamente tal, o en alguno de sus componentes relacionados con la comprensión, o con la expresión, como puede ocurrir en los pacientes con daño cerebral adquirido.

### **III.1.3- *Vínculo terapéutico en AT***

Todas las personas tenemos la necesidad de sentirnos vinculadas con otros, en sintonía y comprendidos por otro, sin embargo, debo decir a este respecto, que el vínculo puede ser un tema amplio y de una complejidad que ha ameritado muchas investigaciones.

En el contexto general se plantea que la empatía es esencial para el logro de cualquier psicoterapia. Rogers (1981) expresa que la empatía significa penetrar en el mundo del otro, tener la sensibilidad de sentir como el otro, percibir sus cambios, sus sentimientos, vivirlos con él o ella y moverse en ellos delicadamente sin emitir juicios y sin develarlos si la persona no tiene conciencia de ello, pues podría representar una gran amenaza. De este modo el terapeuta pasa a ser un compañero de confianza en su mundo interior. Uno que con su actitud empática promueve actitudes de cambio y crecimiento.

Es inconcebible pensar la psicoterapia sin considerar en ella la relación interpersonal entre paciente y terapeuta. La calidad del vínculo entre ambos es una parte imprescindible en el éxito del proceso terapéutico.

Desde inicios del siglo XX, Freud evidenció el concepto de alianza terapéutica, planteando que en el psicoanálisis era importante que el terapeuta mantuviera una actitud de interés y comprensiva hacia el paciente, para que la parte saludable de éste, estableciera una relación positiva con el profesional tratante.

En el contexto del psicoanálisis sin embargo, es esencial la comprensión de la transferencia como un importante elemento dentro de la alianza terapéutica.

En la terapia clásica, la transferencia y contratransferencia se produce en una díada terapeuta paciente, en este contexto el arte terapia se diferencia por la tríada que se produce entre terapeuta-obra-paciente. Jung (1921), planteó que “el fenómeno de la transferencia es una característica inevitable de todo análisis completo”. Así la transferencia se caracteriza por el hecho de que la percepción de otra persona está determinada fundamentalmente, no por esa otra persona, sino por la situación interna del perceptor, por sus experiencias, expectativas, complejos, fantasías, sentimientos, etc., de este modo las presiones de las necesidades internas de cada individuo generan una percepción del otro, como una mezcla entre lo real y sus proyecciones. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad, donde la persona en terapia hace una sustitución de una relación anterior, por la persona del terapeuta. La representación inconsciente corresponde a una percepción actual.

Este fenómeno no solo es particular del campo de trabajo donde funciona el terapeuta, sino que es un fenómeno cotidiano y universal, que pertenece a las relaciones humanas (D. Malpartida). Como observó Jung (1929), en el trabajo terapéutico entre paciente y terapeuta se desatan fuerzas poderosas, cuyo poder él comparó con una combinación química, “El encuentro de las dos personalidades es como mezclar dos sustancias químicas: en tanto se combinen, ambas resultaran transformadas”.

En algunos trabajos de la teoría psicoanalítica contemporánea han avanzado hacia una perspectiva relacional, donde la participación y la subjetividad del terapeuta resultan de gran importancia, dejando un poco atrás la neutralidad y la abstinencia clásica requerida por el psicoanálisis de antaño, dando paso a un terapeuta más espontáneo y auténtico.

En el movimiento humanista desde sus inicios se dio importancia a la alianza terapéutica como parte relevante en el proceso psicoterapéutico. Ser empático,

congruente y aceptar incondicionalmente al paciente, eran los tres principios fundamentales que debía tener el terapeuta según Rogers (1981), para establecer una relación terapéutica efectiva con el paciente. El movimiento de orientación cognitiva y más específicamente la perspectiva constructivista, ha considerado la alianza terapéutica como parte central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davison, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998; citados por Corbella S., Botella L., 2003).

La importancia de la alianza terapéutica en las diferentes corrientes psicoterapéuticas ha sido investigada en diferentes estudios, (véanse Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Sloane, Staples, Cristol, Yorkston, y Whipple, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; Stiles, Shapiro y Elliott, 1986). Posteriormente algunos investigadores estudiaron los factores comunes a todas las diferentes orientaciones psicoterapéuticas, siendo una de ellas el vínculo terapéutico.

La aportación de Bordin (1976, 1979, 1994) con su definición de alianza basada en el trabajo de Greenson (1965, 1967), posibilitó la definición de vínculo terapéutico como un concepto común a todas las corrientes psicoterapéuticas, no estando exento de matices.

En ese sentido, probablemente uno de los autores más influyentes en la concepción actual de la alianza terapéutica sea Bordin (1976), quien primero definió la alianza como el encaje y colaboración entre el paciente y el terapeuta e identificó tres componentes que la configuran: (a) acuerdo en las tareas, (b) vínculo positivo y (c) acuerdo en los objetivos. Las tareas se refieren a las acciones y pensamientos que forman parte del trabajo en el proceso terapéutico, de modo que la percepción de estas acciones o tareas como relevantes para la mejoría, es una parte importante del establecimiento de la alianza. También el acuerdo entre terapeuta y paciente respecto a cuáles son los objetivos a alcanzar con la psicoterapia, así como compartir mutuamente confianza y aceptación son elementos esenciales para un buen vínculo.

A pesar de la importancia atribuida a la alianza terapéutica, Bordin (1980) afirmó que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico (citado en Horvath y Luborsky, 1993).

La empatía y la calidez del terapeuta son dos de las cualidades que la mayoría de investigadores coinciden en considerar relevantes para establecer una buena alianza

terapéutica (Bachelor y Horvath, 1999). Henry y Strupp (1994) encontraron que los comportamientos de exploración y valoración por parte del terapeuta facilitaban la alianza con el paciente, mientras que la baja valoración perjudicaba a la alianza.

Se han estudiado variables como el bienestar emocional, el locus de control, los valores, las creencias y las características sociodemográficas de los terapeutas para encontrar qué perfil es más eficaz, pero los resultados muestran grandes contradicciones.

Por tanto podemos decir que la construcción del vínculo terapéutico entre paciente y terapeuta, es decididamente de gran importancia para el desarrollo del proceso terapéutico en todas las orientaciones psicoterapéuticas y es relevante para el resultado final de la intervención. Además estas distintas corrientes tienen diferentes maneras de concebir esta relación, sus componentes y los roles que éstos cumplen en el proceso psicoterapéutico. Yáñez (1999) plantea que la relación terapéutica es una relación especial y distinta a las demás por su carácter de unilateralidad (centradas en el paciente); formalidad (limitadas en tiempo y lugar) y por estar limitadas en el tiempo (la relación termina cuando finaliza la terapia).

Podemos decir que la relación terapéutica tiene ciertas características que la distinguen de otras relaciones humanas: es un servicio profesional, remunerado, se establece intencionalmente con un fin determinado y presupone roles definidos para los participantes en ella. Sin embargo, es reconocido que tanto el psicoterapeuta como el paciente tienen un rol activo y una responsabilidad compartida en la formación de esta alianza, y ésta se configura como un elemento esencial en la consecución de los objetivos terapéuticos y en el desarrollo mismo del proceso terapéutico.

#### **III.1. 4.- Creatividad**

La creatividad es tan anciana como la humanidad misma. Desde nuestra prehistoria los seres humanos procesamos nuestro mundo plasmándolo en símbolos e imágenes. Aun cuando antes se pensó que ser creativo era una característica heredada y que solo algunos la poseían, se ha determinado que es un tipo de personalidad que puede ser estimulada, aprendida y que se caracteriza principalmente por ser abierta. Los individuos con mente abierta tienen la capacidad para examinar un problema desde una perspectiva desprejuiciada, son curiosos, flexibles, imaginativos. Aunque muchas

personas tienen estas cualidades se necesita el coraje de activarlas y abordar las posibilidades que ellas ofrecen.

El proceso creativo necesita de libertad y seguridad en la cual crecer. Un ambiente seguro es “aquel en que el individuo se atreve a dejar el invernadero de un mundo cerrado hacia lo nuevo, desconocido y abrirse, osar en otras palabras aceptar el estímulo del mundo exterior” todos tenemos el potencial de ser creativos.

Es este viaje exploratorio el que nos puede permitir experimentar nuestro medio de una forma nueva, que permita liberar un caudal libre de ideas, donde la incorporación de los opuestos y de la divergencia active la imaginación a veces excluida por la lógica aprendida. Ser y estar creativos en lo cotidiano puede ser un gran logro.

Los terapeutas también necesitamos estas cualidades, pues sin ellas será difícil comprender y experimentar el proceso terapéutico, a la vez que es importante desarrollar estas cualidades en los pacientes.

E. Landau, (2008), plantea que el crecimiento creativo es un proceso comparable con un círculo abierto, abriéndose en una espiral, donde cada nivel de progreso en el proceso terapéutico tiene un número de etapas que corresponden a las etapas de cualquier proceso creativo: preparación, incubación, insight, verificación.

Cuando el proceso creativo falla en materializar los distintos niveles de la terapia, se crea el llamado círculo Beckettiano, donde se vuelve al mismo punto en la misma línea, en el mismo nivel, se forma un círculo cerrado. En este, la situación se repite una y otra vez, reproduciéndose el error sin aprender de la experiencia pasada.

La creatividad a su vez ha sido estudiada tratando de comprender su funcionamiento a nivel cerebral. En el año 2005, Alice Flaherty presentó un modelo tripartito del impulso creativo, derivado de estudios a través de escáneres del cerebro.

Ella concluye que el proceso de la creatividad es resultado de la interacción de los lóbulos frontales, los temporales y de la actividad del sistema límbico.

Los lóbulos frontales son los generadores de ideas, los temporales conducen sus análisis y evaluación, y el sistema límbico/dopamínico incrementa la emocionalidad necesaria para la actividad dinámica de crear. Los tres sistemas, en suma; generan y aplican ideas originales e innovadoras.

Pero se considera que otros órganos, como el cerebelo, participan igualmente de modo activo en el proceso de la creatividad y que sus funciones, por ser menos entendidas, no pueden ignorarse.

Existe por tanto un correlato claro entre indemnidad cerebral y funciones asociadas a ellas. Desde otro punto de vista, Lusebrink hace mención a la importancia de conocer por parte del terapeuta la psicodinámica del proceso creativo para poder asistir efectivamente al paciente. Las etapas de la creatividad originalmente fueron identificadas por Wallas (citado por Lusebrink, 1991), y aún se encuentran en investigación en su forma original como se indicó anteriormente, estas incluyen preparación, incubación, iluminación y verificación (Bogousslavsky, 2005, Lusebrink, 1990, Nickerman, 1999).

En la fase de preparación el individuo es receptivo a la estimulación desde dentro, (pensamientos, sueños y deseos) y desde fuera (objetos e información). Una actitud abierta, la habilidad de ver las cosas desde varios puntos de vista y la habilidad de silenciar al crítico interno, aumenta la probabilidad de éxito en la preparación (Goleman & Kaufman, 1992).

Incubación se refiere al tiempo engañosamente pasivo, donde se permite a la información simplemente existir sin tomar decisiones, o sin permitir el cierre prematuro de la llegada de ideas; soñar despierto o simplemente soñar, facilita el funcionamiento del proceso de pensamiento inconsciente durante la fase de incubación (Goleman & Kaufman, 1992). El pensamiento divergente caracteriza los procesos cognitivos durante las fases de preparación e incubación; el pensamiento es no verbal, no enfocado en algo específico, y los límites del ego son difusos. Como plantea Lusebrink, este tipo de procesos permite al que crea pensar en profundidad y más allá de la estructura superficial de los elementos básicos.

La iluminación es un periodo caracterizado por pensamiento convergente, es en esta fase de la creatividad que los aportes antes recibidos se juntan para presentar o proponer una solución a lo planteado.

La verificación es una etapa que requiere pensamiento explícito y razonamiento deductivo. La verificación puede estar asociada con depresión y la solemne aceptación del tema tratado, (Lusebrink, 1990), o el regocijo y la alegre celebración. Finalmente, el *producto creativo* es la suma de los pensamientos traducido en solución, (Goleman &

Kaufman, 1992). En Arteterapia, el producto de arte final puede representar transformación y reformulación de un tema problemático o de una situación: contiene y explica la solución.

El funcionamiento creativo puede ser mejorado cuando el/la terapeuta ayuda al paciente a examinar y resolver barreras mentales, emocionales y físicas para desarrollar la expresión artística. La creatividad también es realzada al encontrarse en un ambiente creativo: uno que contenga diversos materiales de arte, que fomente la curiosidad, que aliente a la apertura y estimule todos los sentidos. Además, ayuda el tener sentido de juego, evitando el juicio y el cerrarse prematuramente. Lo que puede emerger de permitir una experiencia de ser uno mismo de esta manera, es un profundo sentido de goce al poder darse cuenta de los talentos, capacidades y potencial. Es una manera nueva de conocerse uno mismo y que puede prevalecer cuando la experiencia creativa es internalizada desde un crecimiento del self actualizado.

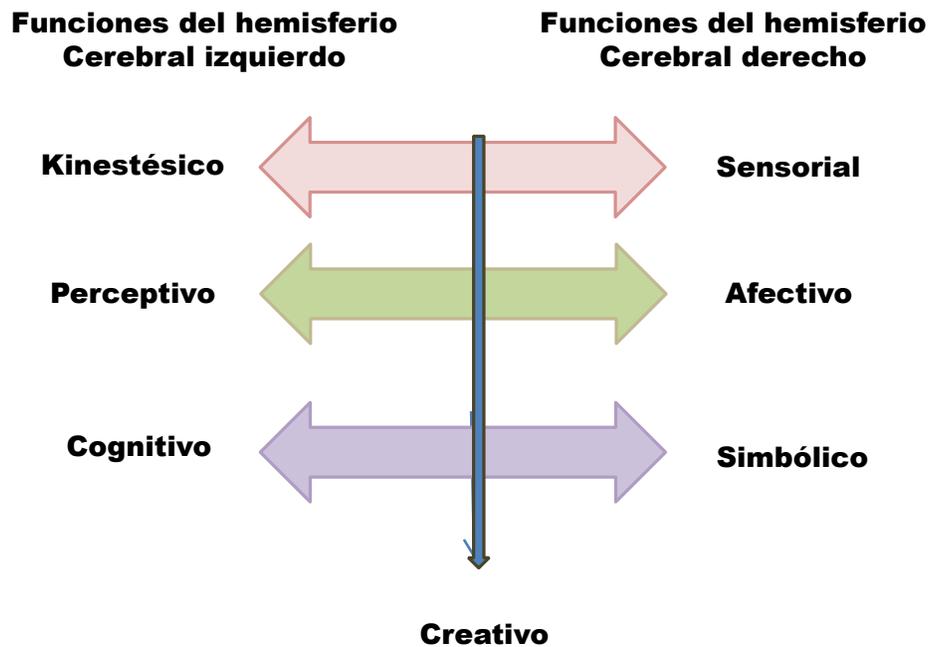
### **III.2.- Continuo de Terapias Expresivas (ETC)**

El continuo de terapias expresivas (ETC) representa un medio para clasificar la interacción con los medios artísticos u otras actividades experienciales con el objetivo de procesar información y formar imágenes.

El ETC organiza la interacción de los medios dentro de una secuencia de desarrollo de procesamiento de información y formación de imágenes desde lo simple a lo complejo. La formación de imágenes y el procesamiento de la información son clasificados de manera jerárquica desde la simple experiencia kinestésica, en un extremo, a imágenes simbólicas complejas, en el otro.

El ETC se ordena en cuatro niveles, que van aumentando su complejidad en el procesamiento de la información.

Esquemáticamente estos cuatro niveles se pueden representar como sigue:



### ***III.2.1.- Nivel Kinestésico***

El nivel de lo kinestésico/sensorial abarca todas las sensaciones que informan a una persona de los movimientos de su cuerpo, ritmo y acciones. La sensación de movimiento abarca dos tipos de sensibilidad: la sensibilidad propiamente visceral “interoceptiva” y la sensibilidad “propioceptiva” o postural, cuyo asiento periférico está situado en las articulaciones y los músculos (fuentes de sensaciones kinestésicas) y cuya función consiste en regular el equilibrio y las sinergias (las acciones voluntarias coordinadas) necesarias para llevar a cabo cualquier desplazamiento del cuerpo.

En medicina y psicología esta palabra alude a la sensación que un individuo tiene de su cuerpo y, en especial, de los movimientos que éste realiza.

Parte de las conexiones entre lo motor y lo somato sensorial se establecen a través del sistema límbico o el cerebro primitivo, mientras que otra parte de la conexiones es realizada transcorticalmente entre las dos cortezas (motora y somatosensorial) Lusebrink, 2004. Las experiencias traumáticas ocurridas tempranamente en la niñez, ocurren antes de que seamos capaces de describirlas con palabras. Antes de los tres años las experiencias se almacenan en el hemisferio cerebral derecho, porque el cuerpo calloso no se ha desarrollado lo suficiente para ayudar en la transferencia de la

información desde el lado derecho al izquierdo, donde se desarrollan las competencias del lenguaje después del tercer año de vida. (Riley, 2004, Schore, 2002).

Por tanto el proceso de Arteterapia desarrollado en el nivel Kinestésico/Sensorial de ETC puede ayudar de manera muy importante para acceder a información de la etapa pre-verbal, (Lusebrink, 1990, 2004, Sholt & Gavron, 2006).

Gráficamente la actividad kinestésica es la primera forma de expresión, así como también es el nivel más básico de expresión y que está implícito en casi todas las formas de hacer arte. En ETC la función Kinestésica no se refiere a cualquier actividad que implique movimiento, sino aquellas experiencias donde la acción motora en si misma se usa terapéuticamente.

Desde esta etapa emergen los componentes relacionados con la emoción, que nos llevan al siguiente nivel, Perceptivo/Afectivo.

En el caso de garabatear, en una primera etapa, es una actividad kinestésica, pero cuando la persona percibe una imagen entrelazando líneas, el componente Perceptual del ETC es utilizado. Del mismo modo, si emergen las emociones asociadas, aparece la dimensión Afectiva del Continuo de Terapias Expresivas.

En general como dice Lusebrink, 1990, el arteterapeuta inicia su labor con el paciente, en el nivel de ETC que para él sea más confortable, o donde tenga más habilidades para trabajar. Sin embargo, puede haber diversos obstáculos en la función Kinestésica, empezando por tener presente que en nuestra sociedad el aprendizaje en los niños valora principalmente los aspectos del lenguaje y cognitivo, (Gardner, 1999).

Al no valorar el aprendizaje a través de los procesos kinestésicos, éste no se desarrolla con la misma intensidad que los otros canales que procesan información. El arteterapeuta debe tener esto en mente, porque el sentido kinestésico corporal no se encuentra desarrollado al mismo nivel que el procesamiento cognitivo de la información, por lo tanto puede haber pacientes que no se sientan cómodos con las actividades kinestésicas o estas le desagraden. Sin embargo, trabajando en otros niveles del ETC, es posible recuperar esta función e incluso puede ser una meta en el trabajo de Arteterapia.

### ***III.2.2.- Nivel Sensorial***

El nivel Sensorial incluye información visual, auditiva, gustativa, olfatoria y táctil. En conjunto con el componente Kinestésico, representa la manera más simple de reunir y procesar información. La habilidad de procesar información sensorial se desarrolla tempranamente en la vida, en primera instancia pasivamente y luego cada vez más activamente. Los niños pequeños procesan información sin mediar palabras, solo a través de los sentidos, que se almacenan en el lado derecho del cerebro. Este almacenaje de la primera infancia incluye también los traumas de la infancia en esta etapa (Riley, 2004, Schore, 2002).

A estos recuerdos guardados en el lado derecho del cerebro, se puede acceder por los canales sensoriales y la manera más efectiva es la terapia de arte.

El trabajo en el componente Sensorial de ETC, permite explorar cualitativamente los materiales de arte. A través de los sentidos se alienta al cliente a enfocarse en sus sensaciones internas y aprender a estar alerta a ellas, a reconocerlas y expresarlas muchas veces de manera más apropiada. En otros enfoques permite recuperar funciones cognitivas y recuperar recuerdos en personas con enfermedades degenerativas. En ocasiones el trabajo de Arteterapia sobre todo nos permitirá un espacio de contención, especialmente en personas más sensibles que necesiten una vía de expresión.

### ***III.2.3.- Nivel Perceptual del ETC***

El nivel Perceptual representa un polo del siguiente nivel del Continuo de Terapias Expresivas, el nivel Perceptivo/Afectivo.

El componente Perceptual trata con el aspecto figurativo de las imágenes mentales y enfatiza los elementos formales de la expresión visual. El procesamiento de la información en este nivel es más complejo que en el nivel anterior. De alguna manera el paciente en este nivel debe aprender un lenguaje visual nuevo, fundado en las líneas, colores, formas, tamaños y otros elementos visuales. En el nivel Perceptual se requiere que el paciente trabaje con ambos, el lenguaje visual y su lenguaje verbal habitual, de una forma paralela para diferenciar y describir su mundo interior. En la infancia, después de la fase de desarrollo sensorio motor comienza a ser muy importante la estructura. Luego de la primera fase, según Piaget, 1962, comienza el desarrollo de la

capacidad cognitiva, en ella utilizan objetos concretos en sus juegos para asimilar y acomodar su creciente conciencia del mundo.

En su producción artística usan esquemas que muestran su información acerca del mundo, así como sus creencias y símbolos familiares. Los elementos del ámbito familiar como objetos, personas, árboles y casas están representados por típicas formas geométricas que pierden su significado fuera del contexto del dibujo, (Arnheim, 1969; Lowenfeld & Brittain, 1987). Un triángulo puede representar una nariz, pero fuera del contexto del dibujo es simplemente un triángulo. El énfasis en la forma o la característica estructural, en el nivel Perceptual del ETC, ayudan a contener afectos. Sin embargo, también el afecto puede modificar la forma.

Existe el concepto del “buen Gestalt”, introducido en el siglo XX por el psicólogo del mismo nombre, quien estudio la fisiología y la psicología de la percepción. El demostró que el cerebro posee habilidades que le son propias a su organización, y que atraen a las personas hacia ciertas formas, que él llamó “buen Gestalt”, cuando estas características son armonía, regularidad, estabilidad, simetría y simplicidad. Otros autores han estudiado este punto reforzando que la inclinación a las imágenes que reúnen estas características, no solo apreciadas en el arte, sino en general, en la naturaleza y en el cuerpo humano, son poseedoras del llamado buen Gestalt que hace que la persona tienda a la armonía en todo sentido.

La capacidad sanadora del nivel Perceptual de ETC, tiene que ver con el poder de los límites. Aumentando la conciencia de estructura, se dice que se pone orden en el caos (Ulman, 1975). A menudo esta afirmación es tomada como una imposición de límites o estructura, en la confusión de pensamientos o emociones. Sin embargo, la capacidad de sanar en este nivel Perceptual tiene más que ver con la organización de los estímulos y la motivación del buen Gestalt. A través del isomorfismo, el placer logrado por estímulos externos se puede entender como un estado de satisfacción interno. Por ejemplo, el utilizar un mandala con colores predeterminados, ha demostrado reducir la ansiedad (Curry & Kasse, 2005; Henderson, Rosen, & Mascaro, 2007). También es sanador tener conciencia de los límites, enfocarse en ellos, en las propiedades físicas y en los elementos formales de la imagen. Aumentar la conciencia sobre los elementos formales de la imagen o de las cualidades estructurales de ella, puede contener, otorgándole seguridad al paciente o contener las características emocionales de la experiencia, (Kagin & Lusebrink, 1978,; Lusebrink, 1991).

Por la cualidad bipolar de los niveles de ETC, en el nivel Perceptivo/Afectivo, mientras aumenta la participación perceptiva disminuye la afectiva e incluso puede bloquearse. Esta relación puede ser usada terapéuticamente para imponer límites en una emoción abrumadora, usando deliberadamente materiales estructurados o enfocándose deliberadamente en el lado perceptual o rescatando cualidades de la experiencia expresiva.

Rhyne (1973), cree que la manera como las personas organizan los estímulos visuales a través del arte, refleja la manera como ellas organizan sus vidas. Para ella, tener conciencia de la experiencia perceptiva, no necesariamente se debe traducir en palabras, y además, puede ser totalmente efectiva permaneciendo en el nivel Perceptivo

En el nivel Perceptivo de ETC, el paciente es capaz de tomar un poco de distancia de su trabajo pasando por momentos en que está inmerso en su proceso creativo, pero también hay momentos en que debe evaluar su propio trabajo creativo para observar si lo que desea representar es lo que está realizando. Esto le permite tomar la distancia necesaria para reflexionar, lo que es muy difícil que ocurra en el nivel Kinestésico/Sensorial, donde el paciente está atrapado en su experiencia.

El trabajo terapéutico en este nivel puede iniciar una nueva manera de percibirse a sí mismo y a su mundo, de modo que en vez de tener respuestas automáticas a ciertas percepciones, se puede re-entrenar para percibir su mundo de manera más objetiva. En el proceso arte terapéutico se suma la ventaja de percibir en las imágenes cambios concretos que se sucedan, percepción que facilita de alguna manera que el paciente pueda manejar la situación real. Además, la manipulación de las imágenes puede ser el primer paso para influenciar o cambiar varios factores en su vida.

En personas con traumas, dependiendo de su edad y habilidades cognitivas, la re-estructuración cognitiva se puede abordar paso a paso, alentando al paciente para representarse a sí mismo en las imágenes, respondiendo a la situación traumática con nuevas actitudes y habilidades. En clientes con Demencia o Psicosis se puede enfocar la terapia enfocándolos en lo que puedan observar a su alrededor, o la realidad de su ambiente externo.

En Esquizofrenia se puede incluir el dibujo de las cosas que los rodean en su vida diaria, lo que ayuda a mantener contacto con su realidad externa.

Los bloqueos a nivel Perceptual se pueden observar en pacientes sobrepasados emocionalmente, atrapados en su experiencia en que son incapaces de verse a sí mismos o a la situación claramente. Debido a la bipolaridad del nivel Perceptivo/Afectivo, estar atascado emocionalmente bloquea la capacidad de percibir. Cabe hacer notar que el uso excesivo de la actividad Kinestésica puede ser una forma de defensa para no avanzar al nivel perceptual, (Lusebrink, 1990).

Es importante tener presente que debido a la organización propia del sistema nervioso durante el proceso perceptivo, la persona impone la imagen total de las figuras, aunque ellas tengan interrupciones, (Arnheim, 1966). Si las formas visuales son inestables o incompletas, el organismo humano las completa a través de un proceso llamado "cierre", este proceso es necesario para tener una buena Gestalt porque el organismo no tolera la inestabilidad en sus percepciones (Feldman, 1972). Este concepto puede ser utilizado en terapias de arte, presentando imágenes o esculturas sin terminar a clientes con inexperiencia o reacios a trabajar en lo perceptivo, como una forma de invitarlos al mundo de la forma y la estructura. Según Henley, este tipo de material presiona para formar buena Gestalt, promoviendo regularidad, simetría e integridad.

#### ***III.2.4.- Nivel Afectivo del Continuo de Terapias Expresiva***

En este nivel el componente afectivo describe la emoción suscitada en la persona, permite el acceso y la expresión a través de la interacción con los medios de arte (Kagin & Lusebrink, 1978). El componente Afectivo es el opuesto al Perceptivo en el nivel Perceptivo/Afectivo del ETC. El trabajo terapéutico en este nivel se relaciona con la estructura y la contención de la emoción; permite amplificar la expresión de los sentimientos. Los materiales de arte y el proceso de arte en sí mismo, despierta los afectos y por lo tanto las expresiones artísticas evidencian estas emociones.

Las emociones son elementales en el ser humano porque son señales de lo que nos ocurre internamente, y a nuestro alrededor, (Ekman, 2003). El clásico ejemplo es el miedo, que nos avisa de alguna amenaza y nos prepara para responder a ella. Las emociones suelen ser intensas, pero temporales, luego el individuo vuelve a su balance homeostático interno. Los pacientes aprenden que pueden experimentar sus emociones como si fueran olas que suben y luego retroceden, (Linehan, 1993), y la terapia de arte es una experiencia que facilita experimentar sus emociones de una manera más apacible o menos amenazante.

La expresión de arte permite enfrentar emociones que anteriormente fueron percibidas como desalentadoras o amenazantes, permite también expresar emociones que pudieran no ser aceptables socialmente, que a través de la expresión de arte alivia al cliente.

La función sanadora del componente Afectivo de ETC, es fundamentalmente aumentar la conciencia en relación a las propias emociones. La creatividad es un camino que puede permitir expresar aquello que está silenciado, que a veces no es aceptado socialmente y que al mismo tiempo, al lograr esta expresión permite la sanación, reduciendo el estrés y mejorando la calidad de vida.

### ***III.2.5.- Componente Cognitivo del Continuo de Terapias Expresivas***

En el nivel Cognitivo tienen lugar los procesos de pensamiento complejo, procesos que incluyen la formación de conceptos abstractos, procesos de pensamiento analítico y lógico, información procesada directamente de la realidad, mapas cognitivos y el uso de la auto instrucción verbal en el desempeño de tareas complejas (Kagin & Lusebrink, 1978; Lusebrink, 1990, 1991). Según estos autores, el resolver problemas usando los materiales de arte, es una parte importante del nivel Cognitivo y una manera de usar este componente terapéuticamente. Otras actividades que representan el funcionamiento con el nivel Cognitivo, incluyen la habilidad de clasificar los materiales según sus propiedades físicas, el reconocer objetos interrelacionados y la habilidad de realizar secuencias de eventos en el tiempo.

Muchas experiencias artísticas requieren un mínimo de aporte cognitivo. En niños pequeños, sin embargo, se ha observado que las actividades artísticas, como dibujar, pueden mejorar tanto sus capacidades cognitivas, como sus habilidades para resolver problemas, puesto que dibujar implica planificar y tomar decisiones para su realización. Además de lo anterior, focalizarse en el componente Cognitivo del ETC incluye procesos de pensamiento en los que intencionada y deliberadamente, se requiere un efecto consiente de planificación, toma de decisiones, secuenciar y resolver problemas (Lusebrink, 1991).

La capacidad de sanación del nivel Cognitivo está dada por la habilidad de generalizar desde una experiencia concreta a otras situaciones. La destreza cognitiva para resolver problemas emerge y se refuerza en este nivel. En personas con déficit atencional y/o con hiperactividad se pueden beneficiar con las actividades en este nivel

incrementando el nivel de control cognitivo por sobre el comportamiento. Enseñando y reforzando habilidades cognitivas como reconocer causa – efecto, pensar y planear el curso de las acciones a seguir, reflexionando sobre su funcionamiento, se ayuda a los pacientes que están afectivamente muy involucrados.

Las funciones cognitivas incluyendo la memoria y las funciones ejecutivas, disminuyen con la edad. La aceleración en la pérdida del déficit cognitivo caracteriza a desordenes como Alzheimer y otros, trabajar con terapias de arte en este nivel permite mejorar las funciones mentales en estos pacientes.

### ***III.2.6.- Componente Simbólico del Continuo de Terapias Expresivas***

El componente Simbólico es el opuesto al componente Cognitivo en el nivel Cognitivo/Simbólico del ETC. Mientras el componente Cognitivo enfatiza los hechos y el pensamiento lógico, el componente Simbólico se preocupa de la intuición y la idiosincrasia o pensamiento místico.

El componente Simbólico involucra la intuición, la formación de conceptos orientados al self, representaciones metafóricas, pensamiento sintético y la expresión y resolución de símbolos, (Kagin & Lusebrink, 1978; Lusebrink, 1990, 1991). Estos autores plantean también que el término simbólico en otros contextos se refiere a pensamientos abreviados, desplazados o no completamente comprendidos por su dueño. Los símbolos son multidimensionales y a menudo contienen kinestésica reprimida, y aspectos sensoriales y afectivos, además, de lo obvio de la imagen visual. Desde el punto de vista del psicoanálisis se suma que los símbolos tienen contenidos abiertos y ocultos, que permiten captar mensajes disfrazados. Los símbolos son usados como un mecanismo de defensa cuando representan objetos o pensamientos de una manera subjetiva.

El pensamiento simbólico tiene el potencial de expandir el conocimiento de uno mismo más allá del conocimiento presente y disponible para el individuo en ese momento. Un símbolo puede servir como puente entre lo existente externamente y el significado interno; tiene la capacidad de describir a un individuo en su totalidad, lo que una descripción verbal cognitiva no puede lograr, (May, 1960).

Un símbolo es algo que implica un significado mayor que el observado como obvio y directo, (Jung, 1964)

La dimensión sanadora del componente Simbólico del ETC es la habilidad de darse cuenta de los significados personales de los símbolos, sin considerar el contexto universal de ellos (Kagin & Lusebrink, 1978). Trabajar con los signos personales también puede ayudar al cliente a generalizar desde las experiencias individuales concretas a otras de cualidad abstracta y general, así mismo le pueden ayudar a encontrar un camino que le dé mayor sentido y significado a sus experiencias.

### ***III.2.7.- Nivel Creativo del Continuo de Terapias Expresivas***

La creatividad ha sido definida y estudiada desde muchos puntos de vista. En el nivel Creativo del ETC, sin embargo, abarca mucho más que el uso del proceso cognitivo; se refiere a la tendencia sintetizadora y a la capacidad de auto-actualizarse del individuo (Kagin & Lusebrink, 1978). La síntesis tiene en cuenta al menos tres tipos diferentes de fusión de información ocurrida durante el proceso artístico: la síntesis entre la experiencia interior y la de la realidad exterior, la síntesis entre el sujeto y el material utilizado y la síntesis entre las diferentes experiencias y los componentes expresivos del ETC, (Kagin & Lusebrink, 1978).

La auto actualización se refiere a lo visto por Abraham Maslow (1970), donde el individuo desea llegar a ser todo aquello de lo que se siente capaz de lograr, unificadamente, como un todo en consistencia con la percepción que tiene de sí mismo.

La persona que ha logrado este alto nivel, presiona hacia el pleno uso y explotación de sus talentos, capacidades y potencialidades.

Finalmente, el nivel creativo comprende la integración de los anteriores tres niveles.

## **III.3.- Accidente Vascular Encefálico**

### ***III.3.1.- Definición de Accidente Vascular Encefálico***

La American Stroke Association define la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) como una patología cardiovascular que afecta a los vasos sanguíneos cerebrales (arterias o venas). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los accidentes cerebrovasculares son "signos clínicos de desarrollo rápido de una perturbación focal

de la función cerebral de origen presumiblemente vascular y de más de 24 horas de duración". Quedan incluidos en esta definición la mayoría de los casos de infarto cerebral, hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea, pero se excluyen aquellos casos en que la recuperación se produce dentro de las 24 horas.

El accidente cerebrovascular se define como isquémico o hemorrágico, según sea causado por un bloqueo en una arteria o por una laceración en la pared de la arteria que produce sangramiento en el cerebro.

Accidente cerebrovascular isquémico: La isquemia implica la deficiencia del oxígeno en los tejidos vitales. Los accidentes cerebrovasculares isquémicos pueden ser causados por coágulos sanguíneos que se forman dentro de una de las arterias del cerebro (trombos) o por coágulos que se forman en otro sitio, pero son llevados por la sangre y que con el tiempo se alojan en la arteria (émbolos).

Accidente cerebrovascular hemorrágico: Cerca de 20% de accidentes cerebrovasculares ocurren de una hemorragia -sangramiento súbito en el cerebro. Casi más de la mitad de estos sucesos ocurren en los tejidos cerebrales y se conocen como una hemorragia del parénquima o una hemorragia cerebral. La hemorragia del parénquima, generalmente, es el resultado de la presión arterial alta (hipertensión) combinada con la aterosclerosis que da lugar a la presión excesiva sobre las paredes del vaso sanguíneo. El otro tipo ocurre en los tejidos alrededor del cerebro y se conoce como una hemorragia subaracnoidea. La hemorragia subaracnoidea, generalmente, es causada por la ruptura de un aneurisma, una pared de vaso sanguíneo debilitada, la que a menudo responde a un rasgo hereditario.

### **III.3. 2.- Epidemiología**

Las enfermedades cardiovasculares (ECVs) son la primera causa de muerte en Chile. El año 2006 fallecieron 24.087 personas por esta causa, con una tasa de 146,6 por 100.000 habitantes, que corresponde a un 28,1 % de todas las muertes de este mismo año.

Los principales componentes de la mortalidad cardiovascular son las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares, que dan cuenta de aproximadamente dos tercios del total de las defunciones del grupo, con 7.943 y 7.427 defunciones, que corresponden a una tasa de 48,3 y 45,2 x 100.000 habitantes, respectivamente, este mismo año.

El Accidente Cardio-Vascular, ACV, ocupa el cuarto lugar entre los responsables de la carga global de enfermedades para los mayores de 15 años, alcanzando el segundo lugar en la población mayor de 60 años (OMS, 2003).

En Sudamérica, el ACV tiene una prevalencia de 1.74 – 6.51 por 1000 habitantes y una incidencia anual de 0.35 a 1.83 por 1000 habitantes. Los patrones de ACV son diferentes a los divulgados en otras regiones del mundo, con una frecuencia más alta de hemorragias cerebrales, alteraciones vasculares cerebrales y lesiones ateroscleróticas intracraneales. Tales diferencias se pueden relacionar con los factores genéticos, ambientales y socioculturales, y además, con las diferencias en el control de los distintos factores de riesgo del ACV (Saposnik, G. 2003). En Chile el ACV figura entre las diez primeras causas de muerte en hombres y mujeres a partir de los 20 años de edad, con tasas que aumentan sostenidamente a medida que se envejece.

### **III.3.3.-Magnitud del problema**

El Accidente Vascular Encefálico (AVE), es un síndrome clínico caracterizado por signos rápidamente progresivos de una anomalía cerebral focal o global, y que dura más de 24 horas o produce la muerte, sin otra causa aparente más que un origen vascular. En Chile, la Enfermedad Cerebrovascular (ECV), la cual incluye al AVE y los accidentes isquémicos transitorios, es la 2da causa de mortalidad específica y la 11va causa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) por causa específica.

En cuanto al pronóstico del AVE, la mortalidad al mes después de un primer evento es de un 19% y la mortalidad a los 6 meses es de 28%. Un 18% de las personas quedan con una dependencia moderada o severa a los 6 meses después de un AVE y entre un 15 y un 30% de los sobrevivientes, permanecerán discapacitados permanentemente.

En nuestro país, de los pacientes que han sufrido un AVE solo un bajo porcentaje puede acceder a un tratamiento multidisciplinario enfocado en Neurorehabilitación. Existe en Chile solo una clínica especializada (Los Coihues), y los sistemas de salud pública no lo incluyen como tal en sus prestaciones.

### III.3.4.- *Causas y Secuelas*

Las causas de un accidente vascular encefálico están relacionadas con otras afecciones cardiovasculares como hipertensión arterial, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, siendo la HTA (Hipertensión Arterial) el factor más importante. La Diabetes Mellitus con antecedentes de enfermedad coronaria previa u otras son factores de riesgo importantes. La elevación de lípidos plasmáticos (dislipidemia), el hábito tabáquico y la obesidad también son importantes factores de incidencia.

El uso de Anticonceptivos Orales (ACO) en las mujeres, constituye también un factor de riesgo más significativo en aquellas que además son hipertensas, fuman, son mayores de 35 años o son jaquecosas. Por último, se mencionan el uso de drogas ilícitas como la cocaína.

El ACV (Accidente Cardio Vascular), puede afectar diversos ámbitos, dejando secuelas como parálisis, déficit en la coordinación motora, déficits cognoscitivos, problemas del habla, dificultades emocionales, dolor y trastornos sensitivos, los que pueden generar problemas en las actividades de la vida diaria (NINDS, 2007).

Una incapacidad común que resulta de un ACV es la parálisis, la cual si afecta a un solo lado del cuerpo (hemi -cara, brazo y pierna) se le llama hemiplejia y cuando ésta es tan solo una debilidad se denomina hemiparesia. Esta parálisis o debilidad se origina en el lado cerebral contrario donde se manifiesta el ACV. La hemiplejia y la hemiparesia generan problemas en las actividades de la vida diaria (AVD), ya que al afectarse la corteza motora, en los lóbulos frontales del cerebro, resulta un déficit motor y al dañarse el cerebelo o ganglios de la base se afecta la coordinación y el equilibrio.

Además de la parálisis, posterior a un ACV se encuentran:

- ✚ Déficit cognoscitivos: un ACV puede generar problemas de raciocinio, conciencia, atención, aprendizaje, juicio y memoria. Si los problemas son más severos, el paciente puede presentar, por ejemplo, una apraxia, agnosia y negligencia (el paciente no tiene conocimiento de un lado de cuerpo o la visión).
- ✚ Déficit de habla y lenguaje: generalmente se presenta como afasia (déficit de comprensión o emisión de lenguaje) y disartria (problemas al

hablar). Los problemas de lenguaje resultan generalmente del daño a los lóbulos frontales y parieto-temporal izquierdo.

- ✚ Déficits emocionales: los pacientes que sufren un ACV pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Estos pacientes, generalmente, sufren de depresión cuyo comportamiento clínico puede dificultar la recuperación y la rehabilitación e incluso puede concluir en un suicidio. El tratamiento para ésta es mediante medicamentos.
- ✚ Dolor y déficit sensitivo: los pacientes pueden experimentar dolor, entumecimiento y parestesia después de sufrir un ACV. Estas sensaciones se pueden deber a varios factores, entre ellos, daño de las regiones sensoriales del cerebro. Un tipo poco común de dolor es llamado Síndrome de Dolor Central (SDC), el cual, resulta del daño del tálamo. Entre sus sensaciones se encuentran: frío y calor, ardor, parestesia, falta de sensación, punzadas agudas, dolor intenso. Este dolor se manifiesta generalmente en las extremidades manos y pies.

### **III.3.5.-Funcionamiento Cerebral**

En este acápite se hace una breve reseña de la información que está relacionada con el caso a tratar. Sin duda podría resultar muy extenso, pero se ha enfocado en los aspectos que tienen relación directa con el paciente con que se trabajó.

En términos generales el Accidente Cardio Vascular puede afectar diversos ámbitos, dejando secuelas como parálisis, déficit en la coordinación motora, déficits cognoscitivos, problemas del habla, dificultades emocionales, dolor y trastornos sensitivos, los que pueden generar problemas en las actividades de la vida diaria (NINDS, 2007) (National Institute of Neurological Disorders and Stroke).

Un paciente afectado por un Accidente Vascular Encefálico puede presentar los siguientes problemas:

- Apraxia: que es un trastorno neurológico caracterizado por la pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos de propósito, aprendidos y familiares, a pesar de tener la capacidad física y el deseo de realizarlos. Es decir, existe una disociación entre la idea

(el paciente sabe lo que quiere hacer) y la ejecución motora (carece del control de acción).

-Agnosia: es la interrupción en la capacidad para reconocer estímulos previamente aprendidos, o de aprender nuevos estímulos, sin haber deficiencia en la percepción, lenguaje o intelecto. En la agnosia la dificultad para reconocer los estímulos no puede ser atribuido a defectos sensoriales, como pérdida de visión por alteración ocular, o a falta de familiaridad con el estímulo presentado.

-Negligencia: Se caracteriza por la incapacidad del paciente para orientarse o responder hacia un estímulo que se presenta en el espacio contralateral al lugar de la lesión cerebral. De esta manera, el paciente con negligencia ignora los estímulos existentes a un lado u otro de su campo visual, espacial o incluso corporal.

Déficits de habla y lenguaje: generalmente se presenta como afasia (déficit de comprensión o emisión de lenguaje) y disartria (problemas al hablar). Los problemas de lenguaje resultan generalmente del daño a los lóbulos frontales y parieto-temporales izquierdos.

Déficits emocionales: los pacientes que sufren un ACV pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Estos pacientes generalmente sufren de depresión cuyo comportamiento clínico puede dificultar la recuperación y la rehabilitación e incluso puede concluir en un suicidio. El tratamiento para ésta es mediante medicamentos.

Dolor y déficit sensitivo: los pacientes pueden experimentar dolor, entumecimiento y parestesia después de sufrir un ACV. Estas sensaciones se pueden deber a varios factores, entre ellos, daño de las regiones sensoriales del cerebro. Un tipo poco común de dolor es llamado Síndrome de Dolor Central (SDC), el cual, resulta del daño del tálamo. Entre sus sensaciones se encuentran: frío y calor, ardor, parestesia, falta de sensación, punzadas agudas, dolor intenso.

Este dolor se manifiesta generalmente en las extremidades: manos y pies.

El hemisferio izquierdo, considerado dominante, en la mayoría de los individuos, está relacionado con la parte verbal. En él se encuentran dos estructuras que están muy relacionadas con la capacidad lingüística del hombre, el Área de Broca cuya función específica es la expresión oral, por consiguiente, un daño en esta zona produce afasia, es decir, imposibilita al sujeto para hablar y escribir, y el Área de Wernicke tiene como

función específica la comprensión del lenguaje, ya que es el área receptiva del habla. Si esta zona se daña se produce una dificultad para expresar y comprender el lenguaje. Además de la función verbal, el hemisferio izquierdo tiene otras funciones como capacidad de análisis, capacidad de hacer razonamientos lógicos, abstracciones, resolver problemas numéricos, aprender información teórica, hacer deducciones. En las investigaciones citadas por V. Lusebrink (1990 – 1991), hace referencia en su trabajo a la relación existente entre técnicas de imagenología, y los avances para estudiar el funcionamiento del cerebro y las estructuras involucradas en el procesamiento de la información, determinó que el hemisferio izquierdo está involucrado en procesos analíticos y secuenciales, mientras que el hemisferio derecho trata predominantemente con procesos intuitivos y sincretista de una manera paralela. Este último también procesa información viso espacial, imágenes visuales y discrimina entre color y matiz e integra información más fácilmente que el hemisferio izquierdo.

La parte derecha está relacionada con la expresión no verbal, con la conducta emocional (facultad para expresar y captar emociones), facultad para controlar los aspectos no verbales de la comunicación, intuición, reconocimiento y recuerdo de caras, voces y melodías. El cerebro derecho piensa y recuerda en imágenes. Diversos estudios han demostrado que las personas en las que su hemisferio dominante es el derecho estudian, piensan, recuerdan y aprenden en imágenes.

La amígdala es esencial para la integración de los componentes emocionales. Los ganglios basales reciben información desde los lóbulos frontal, parietal y cortezas temporales siendo fundamentales para la planificación y ejecución de movimientos. No existe una representación cerebral unilateral del lenguaje sino una representación bilateral de procesos complementarios.

La investigación neuropsicológica ha revelado que el hemisferio derecho desempeña un papel central en muchas funciones cognoscitivas no verbales y particularmente en la percepción de relaciones espaciales. También se ha sugerido que el lenguaje del hemisferio derecho es cualitativamente distinto que el del izquierdo, es decir el hemisferio derecho procesa el lenguaje de una manera global y holística y depende de claves contextuales, prosódicas y semánticas. Tradicionalmente se ha considerado al hemisferio derecho como el hemisferio menor o subdominante, sin embargo, ya es posible afirmar que las lesiones de este hemisferio pueden determinar las siguientes alteraciones:

- Apraxia construccional: Fallas en la organización y en la síntesis de elementos en el espacio.
- Agnosia espacial unilateral: Fallas en el conocimiento del espacio situado a la izquierda de la línea media del cuerpo.
- Hemisomatoagnosia: Conocimiento deficiente de la mitad izquierda del cuerpo.
- Alteraciones en el pensamiento espacial: Fallas en la rotación mental de figuras, en tareas que requieran la utilización de conceptos geométricos en el recorrido de laberintos y en el rendimiento de pruebas de inteligencia espacial.
- Agnosia auditiva y amusia: Captación deficiente de sonidos no verbales y melodías.
- Agnosia y amnesia topográfica: Deficiencias en el reconocimiento y recuerdo de lugares.
- Reconocimiento deficiente de expresiones emocionales y prosopagnosia: Fallas en el reconocimiento de caras y en la interpretación de expresiones faciales.
- Alexia y agrafía espacial: Organización deficiente de elementos gráficos en el espacio.
- Amnesia episódica: Recuerdo deficiente de eventos no codificados o codificados solo verbalmente: recuerdo de hechos de la vida diaria que no son importantes.
- Alteración de aspectos “paralingüísticos” en el lenguaje: Entonación, aspectos emocionales, etc.
- Orientación y conocimientos deficientes: Del tiempo, del espacio y de sí mismo. Los puntos anteriores tienen en común que son funciones alteradas no verbales y representan funciones básicas de supervivencia, aunque en la actualidad el ser humano se ha adaptado a la vida en las ciudades reemplazando algunas de estas funciones por un manejo lógico.

Las extensas investigaciones de A. Luria, (1973), en pacientes con lesiones locales del cerebro permitieron el desarrollo de un modelo teórico de la organización cerebral. Plantea que las funciones corticales superiores tienen su base en la interacción de

estructuras cerebrales altamente diferenciadas, cada una de las cuales realiza un aporte específico al sistema total, cumpliendo funciones propias. Por lo tanto introduce los conceptos de sistema al SNC, de interacción, funciones críticas y mecanismos de autorregulación.

Este concepto de organización cortical en términos de sistema nos permite comprender que al haber daño en cualquier parte del sistema, se producirá un cambio de la función en la que este sistema participa, la naturaleza del cambio dependerá de la parte del sistema particular que es dañado, o del conjunto de conexiones que han sido alteradas, ya que cada parte contribuye al todo con algo específico.

El cuerpo humano procesa estímulos externos e internos como un organismo complejo con un sinnúmero de sistemas interconectados. Al recibir información visual y somato sensorial, sus expresiones se reflejan en experiencias emocionales y como experiencias emocionales afectan nuestros pensamientos y comportamiento. Como expresa el trabajo de V. Lusebrink, (1991 – 1991), la formación de imágenes internas activan las vías sensoriales, favoreciendo la estimulación de áreas en rehabilitación, así como la promoción de sanación y crecimiento a nivel cognitivo, emocional y físico.

Lusebrink elaboró un modelo de desarrollo basado en un continuo de terapias expresivas, que ayudan a explicar los cuatro aspectos primordiales del trabajo clínico en relación a los medios de arte y que van aumentando progresivamente en complejidad, ellos son:

- El nivel de lo kinestésico/sensorial se refiere a explorar los sentidos y a utilizar el movimiento y la actividad motora para entrar al proceso terapéutico, y ser usado como un estímulo y como un agente reconstituyente.
- El nivel perceptivo/afectivo se da cuando el arte se utiliza para crear percepciones, por ejemplo con la línea y la forma cuando se dibuja o con las texturas y colores de la pintura para expresar ciertas emociones.
- El nivel cognitivo/simbólico utiliza el arte para ayudar a resolver problemas de estructuración, secuencia, señalamiento y análisis usando al tiempo símbolos que ayuden a encontrar un camino que le dé mayor sentido y significado a las experiencias del individuo.
- Finalmente, el nivel creativo comprende la integración de los anteriores tres niveles.

En el macro contexto del comportamiento y daño cerebral, es posible reiterar que las Terapias de Artes Expresivas buscan que las personas movilicen su imaginación y su capacidad de crear a través del hacer arte, para enriquecer su mundo interno y las relaciones con otras personas y su medio, identificando sus recursos en procesos que los ayuden a centrarse e identificar retos y oportunidades.

En este trabajo práctico, me ha parecido muy interesante conocer el método llamado Continuo de Terapias Expresivas, pues al investigar al respecto me ha parecido que puede ofrecer el marco que permite evaluar al paciente, en cuanto nos otorga información sobre sus puntos fuertes, pero también de sus áreas más débiles a través del trabajo libre en las primeras sesiones. Es un método a través del cual el paciente muestra sus fortalezas y habilidades así como sus debilidades o dificultades y como generalmente se relacionan con su vida. El utilizar la estructura del ETC nos puede sugerir el inicio de la terapia, la dirección del trabajo terapéutico y la elección de los materiales de arte, con una mirada diferente de la tradicionalmente utilizada. Este modelo, positivamente me permite en el caso específico de mi paciente con daño cerebral, la posibilidad de relacionar lo planteado en su marco teórico con la realidad observable en este tipo de pacientes. Debo mencionar que tanto el trabajo de campo como el apoyo en este método es un desafío que asumo con gusto pero no exento de incertidumbres, dado que es nuevo para mí, no obstante, pienso será un aporte.

### **III.3.6.- Rehabilitación**

Es importante marcar la diferencia que existe entre la Neurorehabilitación que se realiza en una institución de Neurorehabilitación y la Rehabilitación a través de los ejercicios que pudieran realizarse en un gimnasio común o de forma independiente.

La Neurorehabilitación que se lleva a cabo de modo comprensivo y dirigido por un especialista en un gimnasio de rehabilitación, lleva al paciente de un bajo nivel de funcionamiento a uno alto, en un período relativamente corto. Por otra parte, las actividades de la terapéutica física, terapia ocupacional y otras que se realizan en geriátricos u hospitales comunitarios pueden designarse más bien como rehabilitación de mantenimiento, llevada a cabo para prevenir en el paciente el deterioro de sus funciones. Los evidentes beneficios obtenidos en pacientes sometidos a una rehabilitación controlada y constante perduran por varios años tras su finalización.

La mayoría de los programas de Neurorehabilitación pueden comenzar tan pronto como dos días después de la aparición de los síntomas, contribuyendo de esta forma a aumentar la calidad de vida del paciente y evitando la aparición y la agudización de nuevos síntomas.

Hace algún tiempo existía la tendencia a dejar a ciertos pacientes demasiado tiempo en cama, con la excusa de evitar la progresión de su dolencia si el paciente comenzaba a moverse con demasiada prontitud. En la actualidad se ha demostrado que este planteamiento es inadecuado. Con la práctica neurorehabilitadora aplicada tempranamente al paciente, se ha dilucidado que muchos de los síntomas que con anterioridad se consideraban parte de la historia del accidente vascular encefálico, han resultado en la realidad complicaciones prevenibles y evitables, como por ejemplo, la regresión intelectual causada por la privación sensorial, deterioro físico y dependencia, contracturas por pérdida de movimiento que se tornan dolorosas con rapidez, disfunción intestinal provocada por la incapacidad para controlar esfínteres anal y vesical, entre otras complicaciones.

Teniendo en cuenta los síntomas motores que presenta el paciente (parálisis, debilidad, incoordinación) el objetivo terapéutico debe adaptarse con el propósito de asegurar que las actividades se repitan a intervalos frecuentes durante todo el día y continúen hasta que se logre un nivel funcional de actividad.

### **III.3.7.- Neurorehabilitación**

*“Avanzar por caminos contruidos es negarse  
la oportunidad de construir mejores caminos”*

Anónimo

Hace tres o cuatro décadas, la mayor parte de las personas que trabajaban con pacientes con daño cerebral, aceptaban que al perder alguna de sus funciones, no habría recuperación, ni regeneración. Como Salas, C., 2007 expresa en su trabajo, si bien existen antecedentes históricos de esta práctica en la antigüedad, fue con las guerras mundiales del siglo pasado que emergió sistemáticamente la necesidad de comprender y remediar las extrañas alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales que presentaban los pacientes con daño cerebral (Boake, 1996).

En nuestro país, como campo científico, la rehabilitación de LCA posee actualmente un desarrollo incipiente y experimental. Hoy en la comunidad científica se acepta como cierto que estos pacientes con la estimulación apropiada, tienen un grado de recuperación y/o compensación. Los mecanismos más reconocidos en la reorganización de las funciones del cerebro son tres, aunque se sabe que hay más. Posterior al daño neuronal y como consecuencia de éste, existe una pérdida neuronal secundaria y las neuronas que sobreviven pueden estar parcial o totalmente dañadas (denervadas), pudiendo obtenerse una o más de estas respuestas:

- Fortalecimiento de las sinapsis a través de conexiones secundarias
- Desarrollo de receptores extra sinápticos sobre la membrana de las células sobrevivientes.
- Desarrollo de receptores relacionados a la formación de nuevas sinapsis a través de procesos de re-inervación de las células que han sobrevivido.

La Neurorehabilitación es por tanto un proceso complejo que requiere de un trabajo interdisciplinario en pos de una meta y objetivo común, que busca “a través de una mirada humana e integral, tratar, mejorar y/o compensar los déficits y reentrenar las habilidades perdidas por esta lesión cerebral, procurando con ello facilitar la inclusión y participación, familiar, comunitaria y social de los pacientes”, (Equipo de Clínica los Coihues).

La capacidad plástica de cada hemisferio cerebral de asumir o integrar capacidades o conductas programadas por el hemisferio cerebral opuesto, se reduce gradualmente con el desarrollo desde la infancia. Con daño cerebral temprano la capacidad secundaria de cada hemisferio cerebral madura hasta el nivel de competencia que se observa en los casos de hemiplejía infantil. Como expresa G. Brarda en el libro Cruces entre Psicoanálisis y Neurobiología, de Lueiro L. et al., la plasticidad es la capacidad que tiene el sistema nervioso de reorganizarse, de cambiar cada neurona, cada circuito, cada conexión, su comportamiento, en relación a sí y en relación a su contexto neuronal. La plasticidad es lo que ocurre a nivel del tejido neuronal como correlato de los cambios observables en nuestra vida cotidiana. Al realizar neurorehabilitación, provocamos cambios que pueden observarse en la clínica que sin duda tienen un correlato a nivel estructural, a nivel eléctrico y a nivel metabólico. El cerebro no es una

maquina rígida e inmodificable, sino que está conectado con el medio en forma constante.

La neurorehabilitación es por tanto una realidad, es posible que un paciente con daño cerebral adquirido recupere al menos parcialmente las funciones o capacidades perdidas en el evento, siempre que reciba las terapias y estimulación requeridas por parte de un conjunto de profesionales preparados que compartan el mismo enfoque. En nuestro país aún no es una realidad, sin embargo, la clínica que nos acogió es pionera en este tipo de rehabilitación. El Arteterapia en este contexto tiene un aporte indiscutido.

#### IV.-

### ARTETERAPIA EN LA REHABILITACIÓN

Los avances en neurociencia han permitido una mejor comprensión del funcionamiento del sistema nervioso. Gracias a esta información, se puede de manera cada vez más precisa conocer la organización del cerebro, la actividad psicológica y la forma como ésta se altera en caso de daño. Las terapias de arte nos permiten apoyar tratamientos en personas con daño cerebral, promoviendo la plasticidad del cerebro que al estimularlo puede aprovechar vías alternativas y activarlas beneficiando la recuperación total o parcial de las funciones perdidas.

El continuo de terapias expresivas (ETC) representa un método para clasificar la interacción con los medios artísticos u otras actividades experienciales, en las que comprendiendo la importancia del lenguaje visual en la salud y su relación con las estructuras y funciones del cerebro nos otorga un rol único, pionero en la práctica de nuestra disciplina en la terapia, esto nos permite mejorar la calidad de vida y potenciar el crecimiento de las personas.

El ETC organiza la interacción de los medios dentro de una secuencia de desarrollo de procesamiento de información y formación de imágenes desde lo simple a lo complejo. La formación de imágenes y el procesamiento de la información son clasificados de manera jerárquica desde la simple experiencia cenestésica, en un extremo, a imágenes simbólicas complejas, en el otro.

El ETC se ordena en cuatro niveles, que van aumentando su complejidad en el procesamiento de la información. El nivel de lo **kinestésico/sensorial** se refiere a explorar los sentidos y a utilizar el movimiento y la actividad motora para entrar al proceso terapéutico, como por ejemplo cuando se trabaja con barro. Las acciones y recuerdos activados a través de la actividad motora presumiblemente se vuelven accesible a la inspección consiente, tendiendo un puente entre zonas motoras y somato sensoriales. Los medios táctiles como arena, bloques de espuma, madera se presta a la exploración tridimensional del espacio, además de ser una estimulación háptica, (Lusebrink).

El nivel **perceptivo/afectivo** se da cuando el arte se utiliza para crear percepciones, por ejemplo, con la línea y la forma cuando se dibuja, o con las texturas y colores de la pintura para expresar ciertas emociones. En este nivel la estimulación es con elementos de expresión visual, a su vez la expresión visual involucra la organización

de las formas. La exploración visual, o la modalidad de tocar, ayudan a definir y elaborar las formas.

Diferentes lesiones dependiendo de su localización en la corteza impiden el procesamiento y expresión de información visual. Menzen 2001 citado por Lusebrink, analiza el efecto del daño cerebral de los hemisferios derecho e izquierdo en la habilidad de construir formas. Los dibujos de individuos con daño cerebral izquierdo son esquemáticos y repetitivos, mientras que aquellos con daño en el hemisferio derecho reflejan su inhabilidad de percibir o dibujar formas completas. En relación a las emociones, se ha observado una inhibición en la expresión visual por la minimización del color, el tamaño de las formas que pueden ser relacionadas con la minimización de actividad en las regiones del parietotemporal derecho e izquierdo y prefrontal. Se puede observar la inhabilidad de expresar emociones (alexitimia), así como dificultades para la integración espacial y simbólica.

En este nivel el Arteterapeuta puede ampliar las perspectivas del paciente aumentando sus habilidades para ver el punto de vista de otra persona a través del lenguaje visual, promover en las relaciones interpersonales una comunicación más satisfactoria, y permitir por tanto identificar emociones, facilitar la discriminación de los estados emocionales y ayudar a la apropiada expresión de las emociones

El nivel **cognitivo/simbólico** involucra las actividades de la corteza frontal e incluye memorias, resolución de problemas y operaciones anticipatorias con las imágenes, conceptos y las verbalizaciones correspondientes. Por tanto se utiliza el arte para ayudar a resolver problemas de estructuración, secuencia, señalamiento y análisis usando al tiempo símbolos que ayuden a encontrar un camino que le dé mayor sentido y significado a las experiencias del individuo. También es importante en este nivel la verbalización y nombramiento de las imágenes creadas.

Finalmente, el nivel **creativo** comprende la integración de los anteriores tres niveles. La exploración creativa puede ocurrir en cualquier nivel de ETC e involucra la integración de los dos hemisferios. Una parte importante de la actividad creativa es el placer, el disfrute y la participación que por sí sola puede resultar sanadora, sin mediar el aspecto cognitivo ni la interpretación simbólica. El arte también en este nivel puede ser más complejo; se pueden utilizar símbolos para representar sentimientos, pensamientos y eventos. Los símbolos dan acceso a funciones intuitivas que muestran que las experiencias no son completamente conscientes y comprensibles.

En el área de la salud y especialmente en los casos de daño cerebral adquirido, también es posible, cuando el daño es cuantioso, en que las posibilidades reales de recuperación sean remotas, otorgar a través de la intervención de Arteterapia la posibilidad concreta de trabajar con el paciente a nivel kinestésico, sensorial, perceptivo, afectivo y cognitivo, estimulando sus funciones en estos distintos niveles a través de actividades y técnicas arteterapéuticas. Esto implica progresos perceptibles a nivel motor al realizar las actividades utilizando lápices, pinceles u otros materiales de estimulación kinestésica. Se da la instancia de poder expresar sus angustias y preocupaciones compartiéndolas al realizar e interpretar sus obras. El realizar estas actividades donde se da un espacio en que dos personas se relacionan con respeto, sin juicios, ni prejuicios, la elaboración de una obra de arte tiene algo que decir. Como arteterapeuta observamos esta obra como una extensión del paciente, que expresa algo que podemos con delicadeza pedir ser interpretado por el propio paciente, y que puede llegar a ser una revelación para él y/o aumentar su propia comprensión. El trabajo de arteterapia devela un lenguaje, pero no cualquier lenguaje sino uno propio de cada paciente, con un estilo, temas, colores, imaginaria, símbolos que permiten una comunicación a través de la imagen, es un espacio donde podemos incentivar al paciente a explorar esta simbología y expresarse a través de ella, estimulando no solo la expresión verbal sino también la comprensión de los hechos que allí se develen. Estos momentos, en pacientes que han perdido parte de sus funciones por el accidente vascular encefálico como se ha visto anteriormente, traen esperanza y alegría puesto que sus vidas se han tornado opacas, dolorosas y angustiosas. La sesión en estos casos dramáticos aporta un momento de relajación y distracción cuando menos, y según me parece, también la posibilidad cierta de mejorar la calidad de vida, contribuyendo desde nuestra área, como parte del equipo multidisciplinario que apoya y acoge a estos pacientes.

Es importante agregar que los pacientes no solo luchan con el daño cerebral y sus consecuencias, sino además, con la soledad y la depresión posterior al evento. Existe abundante experiencia sobre los beneficios que han sido demostrados en los casos donde se han dado intervenciones de arte terapéuticas, (Khalid, A., 2014), (Sun-hyun K., 2008), (Shulamit, C., 1996), (Michaels D., 2010).

Como dice Damasio: “La neurobiología ha logrado discernir de un modo experimental positivo que la palabra tiene tantos efectos sobre el sistema neuronal como los

psicofármacos”. No solo es así, también expresa de manera más explícita aun, conclusiones de una importancia vital para fundamentar nuestro quehacer: “Se suele decir que el pensamiento está hecho de mucho más que solo imágenes, que también está hecho de palabras y símbolos abstractos no imaginables. Seguramente nadie negará que el pensamiento incluye palabras y símbolos arbitrarios. Pero lo que esta afirmación deja de lado es el hecho de que tanto las palabras como los símbolos arbitrarios se basan en representaciones organizadas topográficamente y pueden convertirse en imágenes. La mayoría de las palabras que usamos en nuestro discurso interior, antes de hablar o de escribir una frase, existen en forma de imágenes auditivas o visuales en nuestra conciencia.

Si no se convirtieran en imágenes por fugazmente que fuera, no serían algo que podríamos conocer”.

## **V.-**

## **ESTUDIO DE CASO**

### **V.1.- Sitio de la Práctica**

Esta práctica profesional se realizó en una clínica privada, que se encuentra ubicada en la comuna de Estación Central.

Es una Clínica dedicada exclusivamente a Neurorehabilitación de pacientes adultos hombres, mujeres y menores, que sufren trastornos neurológicos producto de enfermedades o traumatismos. Su capacidad es de 134 camas, de las cuales 13 son de la Unidad de cuidados especiales, que recibe pacientes con ventilación mecánica. Además, presta atención ambulatoria, en su centro ubicado en Eliodoro Yáñez, a los pacientes dados de alta que requiera seguimiento y tratamientos ambulatorios. Tiene un equipo profesional integrado por Médicos, Enfermeras, Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Kinesiólogos, Asistentes Sociales, Psicopedagogos y un Arteterapeuta.

El inicio de la práctica del postítulo de especialización, se realizó el 3 de Septiembre día en que nuestro tutor nos recibió (nos citaron antes de la hora de la sesión), nos mostró la clínica y nos presentó a los profesionales que en ella trabajan. Nos entregaron además, una carpeta con el material informativo general que pudiéramos requerir como normas de higiene a seguir después de ver a cada paciente y las normas de aislamiento a respetar cuando están indicadas. También recibimos las normas de funcionamiento de la clínica en relación a los estándares de cada estamento y de las posibles claves a utilizar en casos de emergencia, así como información general de ella.

### **V.2.- Antecedentes de la paciente**

Nombre:	Ximena
Edad:	70 años
Estado civil:	casada, 2 hijos
Nacionalidad:	chilena
Actividad:	Enfermera Jubilada
Comuna:	Las Condes
Procedencia:	Hospital U Católica.

Paciente de 70 años con antecedentes de Angiopatía amiloide diagnosticada en el 2009, con Trombosis de vena cortical frontal bilateral secundario Agosto 2009 y hematoma fronto parietal derecho en Agosto 2009, hipertensión arterial, hipotiroidismo y usuaria de profilaxis anticonvulsivante con Lamotrigina.

Estando en su domicilio el 9/08/2013 a las 22:30 horas, sufre cuadro de cefalea frontal constante, asociado a inestabilidad corporal y disminución de la fuerza de hemicuerpo izquierdo, ocasionando caída. En la madrugada se comunica con un familiar, quien acude para ayudarla, encontrándola en el suelo, sin trastorno de comunicación y vigil.

Acuden al servicio de urgencia estando vigil, orientada en tiempo y espacio, sin alteración del lenguaje, discreta paresia facial izquierda, hemiparesia braquicrural izquierda. El estudio tomográfico del cerebro evidenció hematoma agudo para central derecho. Evoluciona estable pero sufre aumento de su déficit motor y cuadro neuropático en su extremidad inferior izquierda.

Al ingreso a la clínica el diagnóstico es:

- 1.- Hematoma agudo paracentral derecho
  - Hemiplejia izquierda
  - Hemianestesia izquierda
  - Síndrome hombro doloroso izquierdo
  - Hemianopsia izquierda (falta de visión del ojo izq.)
  - Disartria (alteración en la articulación de las palabras)
- 2.- Trombosis vena cortical frontal bilateral antigua (Abril 2009)
- 3.- Hematoma frontoparietal derecho (Agosto 2009)
- 4.- Angiopatía amiloide (2009)
- 5.- Hipertensión Arterial
- 6.- Hipotiroidismo
- 7.- Trastorno adaptativo con síntomas depresivos.

En la clínica la paciente es recibida en buenas condiciones generales, sin complicaciones médicas y con el objetivo de recibir Neurorehabilitación intensiva en la modalidad de hospitalizada, con un primer periodo de 12 semanas.

### **V.3.- Objetivos de la Intervención**

#### **Objetivo General:**

Apoyar y acompañar a la paciente en el proceso de rehabilitación, utilizando los medios, materiales y lenguaje artístico.

#### **Objetivos Específicos:**

- ✓ Potenciar la expresión emocional a través de los medios artísticos.
- ✓ Potenciar su creatividad como un medio de expresión y reafirmación de su autoestima.
- ✓ Apoyar su Neurorehabilitación a través de actividades con los medios artísticos.
- ✓ Apoyar su proceso de rehabilitación estimulando sus sentidos a través de los materiales de arte.

### **V.4.- Encuadre o Setting**

El comienzo de mi práctica se llevó a cabo con una primera reunión con el arteterapeuta de la clínica y la psicóloga coordinadora, luego de la cual realizamos un detallado recorrido de la clínica, nos llevan a conocer a nuestras futuras pacientes, presentándonos e iniciando allí nuestro primer acercamiento. La paciente fue derivada por el Departamento de Psicología. Me quedo sola en la sala de aislamiento donde que se encuentra la paciente, es una señora de aspecto jovial a pesar de las condiciones en que se encuentra. De contextura media, tez clara, cabello castaño corto, ojos claros, de expresión amable, su actitud es acogedora, más aun al saber que ambas somos Enfermeras.

Según mi observación la paciente presenta hemiplejía izquierda, con negligencia del mismo lado (motora y sensorial), sin afección del habla. Se ve una persona activa, alegre, locuaz y afable.

Manifiesta muy buena disposición a la terapia.

Las sesiones se realizaron todas en la clínica, en la habitación de aislamiento en que se encontraba la paciente. La habitación era ocupada por una sola persona, con muy buena luminosidad, tranquila y con el mobiliario apropiado a estos espacios.

Las sesiones se realizaron una vez por semana, en un horario establecido por la coordinadora de psicología, pues la paciente tiene varias actividades durante todo el día a cargo de otros especialistas, dado que tiene un plan de Neurorehabilitación intensivo.

Cada sesión es de una hora de duración, al inicio se da una conversación espontánea, para luego retomar el trabajo realizado la sesión anterior, recapitulando, con el objetivo de estimular su memoria, el habla y en ocasiones re-significar el trabajo efectuado.

El sistema de trabajo es dirigido o semi-dirigido, luego de realizado el trabajo la paciente lo significa, observándose, en general, una gran capacidad de simbolización a partir de los relatos de sus obras, que en su mayoría son abstractas. Luego de compartir este momento se comienza el cierre, ordenando los materiales antes dispuestos.

## **V.5.-Descripción y Análisis del Proceso Terapéutico**

*“El proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y los pensamientos más fundamentales del hombre derivados del inconsciente, alcanzan expresión a través de las imágenes y no de las palabras”*

*M. Naumberg*

### **V.5.1.- Fase Inicial. Sesiones 1 a 3**

En la fase inicial he considerado las tres primeras sesiones, donde se fue estableciendo el vínculo con la paciente y ella comienza a compartir su mundo. En estas sesiones ella tiene muy buena disposición al trabajo, sin embargo, también es muy claro que presenta dificultades por su Accidente Vascular Encefálico. Lo primero que me llama la atención es su hemiplejía y la negligencia que se observa respecto de su lado izquierdo. El lado izquierdo de la hoja de trabajo no existe para ella, no lo ve en absoluto, mientras trabaja es como si ese lado de la hoja simplemente no estuviera, la hoja al parecer solo llega hasta la mitad, no es que no lo considere, sino que no lo percibe!

Del mismo modo ocurre con su cuerpo, la mano, pie y todo su lado izquierdo parece no existir, no les presta ninguna atención, incluso su mano izquierda en algún momento estaba en una posición forzada y la paciente no lo nota. Para trabajar, usa lápiz o

tempera, pero solo con su mano derecha, trabaja de manera pausada, lenta pero fluidamente. Mientras lo hace conversa en todo momento de su accidente y de su familia, tal vez esté un poco ansiosa, pues durante toda la sesión me habla ininterrumpidamente.

Su daño cerebral claramente condiciona su manera de enfrentar el trabajo, no solo en lo objetivamente observable, sino que a mi parecer, en su manera de expresarse puedo “sentir” algo ausente. Su manera de conversar relatando con detalles aquello doloroso, angustiante que le ha sucedido en su vida y especialmente en el pasado tan reciente con su AVE, reflejan algo de lo descrito por Lusebrink V. (1990 -1991) y Luria A. R. (1973) tal como se mencionó anteriormente el hemisferio derecho es de gran importancia en las funciones cognitivas no verbales, en la percepción de las relaciones espaciales, al haber daño a este nivel podemos observar fallas en el conocimiento del espacio situado a la izquierda de su línea media y deficiencias en la expresión emocional entre otros.

Las percepciones son sutiles, sin embargo, me parece que quedan en evidencia en estas sesiones. No puedo dejar de pensar que mi subjetividad es un obstáculo, como puedo medir, objetivar lo planteado? En esta primera fase estoy con muchas dudas, pero mi percepción no la puedo cambiar!, es tremendamente frustrante no poder demostrarme primero a mí misma y luego a los demás aquello que solo queda en el área de la percepción, y por tanto subjetivo, intuitivo, pero que espero con el correr de las sesiones se me aclare!.. Según lo planteado por Ostrosky – Ardila (1986), las lesiones pre frontales derechas son muy silenciosas, pero se sabe que se alteran especialmente aspectos no verbales: reconocimiento de símbolos no verbales, conocimiento del espacio, control emocional y otros similares.

Por otro lado considero extremadamente importante mostrar empatía con la paciente, entendiendo su mundo sin emitir ningún juicio, o cómo define Rogers (1981) “el estado de empatía o de ser empático consiste en darse cuenta con precisión del cuadro de referencia interno de otra persona, sin perder nunca la condición de “como si”. Significa por tanto sentir las amarguras y las alegrías de la otra persona de la misma manera que ella lo percibe, pero sin perder la noción de que es como si estuviésemos tristes o alegres, etc. Si perdemos esta condición de “como si”, tendremos un estado de identificación”. Rogers C, (1981), llega a la conclusión de que un alto grado de empatía

es uno de los factores más relevantes en una relación y por consiguiente uno de los más importantes para promover cambios y lograr aprendizajes.

A continuación se presentan el detalle de las sesiones realizadas. Fase Inicial: sesiones 1 a 3.

**Hilvanando mí historia**

Llegue a la clínica antes de la hora estipulada para nuestra primera sesión, para conocer el lugar y ser presentadas a quienes tendremos cerca durante nuestra práctica. Llegamos primeramente a la pequeña oficina del arteterapeuta quien será nuestro tutor durante esta pasantía, y nos explica a grandes rasgos como lleva a cabo su trabajo y nos cuenta que ya entrevistó a nuestras posibles pacientes poniéndolas en antecedentes de la terapia ofrecida.

En nuestro recorrido por la clínica puedo apreciar que las salas de los pacientes son pequeñas, entre uno y tres pacientes máximo, se ven espaciosas, iluminadas, ventiladas, los pacientes se observan tranquilos, no veo en ellos angustia o desesperación a la primera mirada, aunque aquí nadie estaría si pudiera evitarlo. El personal auxiliar realiza labores por doquier en un ambiente agradable con tan solo un murmullo de fondo, no hay estridencias, muchos de ellos saludan amables en este recorrido hasta el tercer piso de la clínica.

Nos explican que algunas de las salas son de aislamiento, donde los pacientes son portadores de alguna patología transmisible o con alguna infección por germen intrahospitalario y en estos casos se toman medidas de precaución para prevenir la transmisión entre pacientes o entre el paciente y el personal. Estas medidas son lavado de manos, uso de guantes y uso de barreras protectoras como delantal de aislamiento y mascarilla, medidas que se deben implementar por cada persona que las atienda y están disponibles los elementos necesarios para ello en la habitación del paciente.

Me acompaña el tutor a la sala de la Sra. X y debo colocarme el delantal y los guantes para iniciar la sesión, nos presentamos, le cuento que soy Enfermera, alumna de Arteterapia de la U. de Chile, que estoy realizando la practica final. Me impresiona su buena disposición, su buen carácter y por sobre todo una frescura que a sus años y las consecuencias propias del accidente vascular encefálico aún mantiene, existe en esta primera sesión una vinculación entre ambas que me produce gran satisfacción y optimismo para nuestro futuro trabajo. El encuadre y setting se establece, explicándole en qué consiste, N° de sesiones, horario, duración, etc., las que comprende y asume con una sonrisa.

En esta primera sesión se trabaja de manera no directiva, ella escoge libremente y se decide por cartulina de tamaño grande de color amarillo. Solicita para comenzar tempera azul metalizada, luego azulino y verde. Usa el pincel con su mano derecha, por su hemiplejía izquierda, trabaja de manera pausada mientras conversa, no se observan latencias, es lenta pero fluida. La obra la realiza en la mitad derecha de la hoja, le mueve la hoja para hacerla más accesible y que pueda trabajar mejor sobre el lado izquierdo, sin embargo no lo hace, ¿no puede?, ¿no lo ve?, parece como si no existiera para ella, parece no darse cuenta de que solo ha trabajado en una parte de la hoja.

La tempera a pesar de ser un material fluido, conocido por ella y teniendo el agua para trabajar a su alcance, no la utiliza. La tempera es utilizada casi como una pasta, sin diluir, por lo mismo me parece que expresa un alto nivel de energía (¿energía en esfuerzo físico o de necesidad psíquica?), al utilizar los colores en su máxima expresión.

Mientras trabaja conversa incesantemente, cuenta y recrea pasajes de su vida, al relatar como ocurrió su accidente vascular, lo hace con mucho detalle pero me llama la atención que siendo una situación de gran impacto, no demuestra emociones asociadas. También me relata planes futuros de una manera impersonal, distanciada de ella misma. El distanciamiento, aunque es propio de su lesión, me genera ansiedad, además de ser esta la primera sesión.

Realiza solo una obra que describe como pájaros donde uno de ellos topa con algo que lo detiene y le impide volar. Comenta “el azul me tranquiliza, el verde me imagino un prado, me gusta y me da tranquilidad. Quiero volar, pero hay algo que topa, me impide volar”.



Fig. 1.1 Sesión N 1: “Pájaros volando”

Me impresiona la fortaleza, la tenacidad y los deseos de superar este momento, la Sra. Ximena tiene además una gran lucidez para apreciar el privilegio que significa tener un tratamiento como es el que está recibiendo, con un gran equipo profesional apoyando su recuperación, considerando los estándares generales de acceso a él, en nuestro país, tenemos conciencia de esto dado que ambas somos Enfermeras.

Es importante para mí hacer notar que la paciente trabajó solo en el lado derecho de la hoja, a pesar de que se le sugirió que podría utilizarla entera, me respondió afirmativamente, pero al volver a su trabajo, la concentración y el foco del trabajo estuvo solo en la mitad derecha de la hoja, heminegligencia, también propio de su afección, parece no notar en la práctica el espacio vacío que deja en el sector izquierdo.

También me parece importante hacer notar que entre todas las opciones de materiales entregadas, escogió una hoja de block de tamaño grande, lo que me hace pensar que puede tener deseos de expresar muchas cosas.

**Análisis de la sesión:** al pintar con témpera; según lo indicado por Kagin y Lusebrink, (1978) es un material que probablemente provoca respuestas emocionales y puede evocar afectos. Este material fluido promueve la conexión con lo emocional, sin embargo la paciente lo utiliza sin agua, casi como una pasta, concentrada, que cuesta que fluya, y por tanto requiere más energía para lograr desplazar el pincel, lo que refleja que su trabajo se ha desarrollado a nivel kinestésico. A nivel perceptivo se observa el dibujo de imágenes a través de las cuales nos entrega información de su mundo particular, que cobran significado solo a través de su interpretación, haciendo presente el componente simbólico dado que ha sido capaz de significar su obra. Se ve en su trabajo un alto nivel de energía, (uso de energía física), el cual es concordante con los deseos enormes de superar este momento, como ella lo ha expresado.

2013

### Mi familia

La Sra. Ximena es Enfermera jubilada, trabajó en la U de Chile y luego en la UC como docente en el ramo de epidemiología. Su niñez la vivió en Villa Alemana con 5 hermanos, con recuerdos felices de una familia unida, con largos paseos a caballo por lomas que llegaban cerca de Valparaíso, con un padre militar, estricto pero cariñoso. Así conoció al hijo de un amigo de su padre, que también era militar, con quien contrajo matrimonio. Esta relación la describe como poco feliz, en que ella no se sentía valorada. Tuvieron dos hijas, una de las cuales se encuentra viviendo en España por los estudios de su yerno y de la cual se siente muy cercana y orgullosa.

Le digo “hoy trabajaremos con el tema de la familia” (esta sesión la realizo en forma directiva pues quiero ver como se refleja su esquema familiar y su sentir en relación a ella), se muestra muy receptiva y pide una hoja de block grande y lápices de colores, después de pensar un momento pide lápiz de mina, y continua dibujando con él, sin colorear.

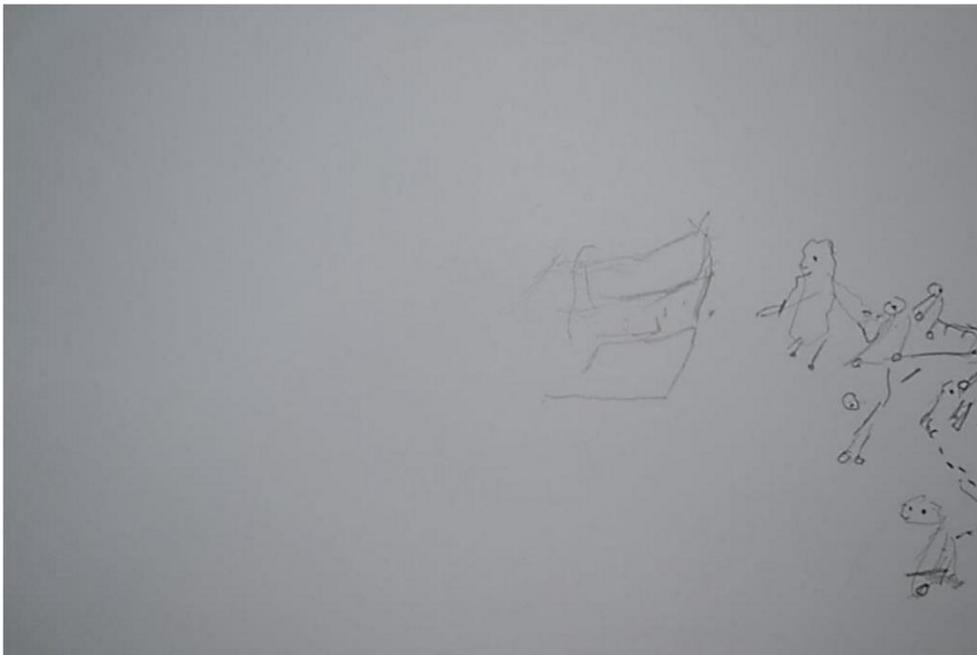


Fig. 2 Sesión N 2: “Mi familia”

Trabaja en forma pausada, concentrada mientras dibuja figuras humanas desproporcionadamente pequeñas para la hoja, las figura son pre –esquemáticas, ubicadas en la esquina derecha de la hoja, no parece tener conciencia del tamaño y proporción de esta. Luego de un momento conversa: “dibujé mi edificio, mi departamento es muy pequeño, allí me junto solo con mis hijas, pero mi cuñada tiene una casa grande y ella nos invita a todos los hermanos y sus familias una o dos veces al año, estamos todos conectados, somos muy unidos”. Ella se siente muy apoyada por su familia, pero no percibo sus emociones. Es como si no hubiera sintonía entre lo que dice y lo que relata, ¿dónde está la emoción que lo acompaña?, ¿ocurrirá algo? Al terminar me pide otra hoja, le ofrezco los materiales y decide utilizar lápices acuarelables, que no conocía previamente, para mostrarle deliberadamente hago unas rayas en el lado izquierdo de la hoja. Lo mira, a pesar de ello hace unas rayas con azul, verde amarillo y rosado, sobre el lado derecho de la hoja y le aplica agua diciendo: “el verde, azul y amarillo tiene que ver conmigo y mi familia. El rosado no se mucho, solo es un color bonito”, lo da por terminado sin agregar nada más.



Fig. 2.2 Sesión N 2

Me pide otra hoja, pero esta vez selecciona una más pequeña, comienza a dibujar con lápices de colores para luego explicar: “la de arriba es una gaviota, luego un avión donde yo y mi amiga Elda nos vamos a Pamplona, donde hay mucho verde y vive mi hija. También está mi yerno

Mauricio que está estudiando allá”, todo su trabajo es realizado solo con la mano derecha, la izquierda permanece inmóvil, como si no existiera. Habla también de sus nietas y de sus deseos de viajar para ayudar a su hija a cuidar de ellas, cuenta que ya estuvo en España y le gustó mucho, se quedó allá por varios meses y lo pasó bien, sin echar de menos lo más mínimo a su esposo. Hoy ha trabajado intensamente, se ve cansada, yo también lo estoy.

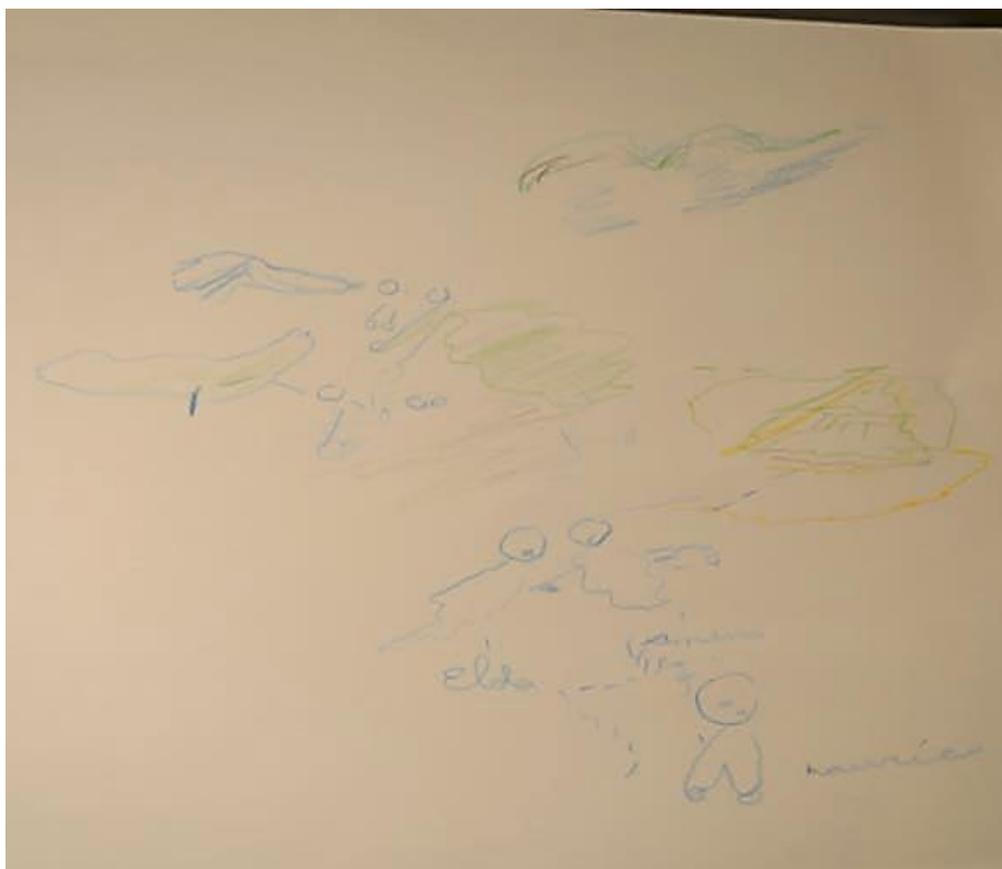


Fig. 2.3 Sesión N 2

En esta imagen se ha cortado la zona izquierda no utilizada por la paciente, para efectos de apreciar de manera un poco más clara el dibujo realizado por ella.

**Análisis de la sesión:** el trabajo se realiza inicialmente en el nivel Kinestésico, como plantea Hinz L. (2009), el nivel Kinestésico en el proceso artístico es usado para ayudar a integrar experiencias cognitivas fragmentadas, para mejorar la memoria y ayudar a encontrar un ritmo propio, relajante, promoviendo mejoras en la calidad de vida. La paciente escoge lápiz grafito para iniciar su obra con líneas, pasando posteriormente al nivel Perceptivo al descubrir imágenes en este entrelazar líneas. Asimismo se conecta con las inquietudes y planes futuros (nivel Cognitivo) reflexionando y explicando lo plasmado en sus obras donde también está presente el nivel Simbólico.

Al significar su primera obra, está presente el componente cognitivo puesto que su relato se asemeja a un mapa cognitivo donde representa su vida diaria, retratando sus relaciones familiares de una manera minimizada y escueta, aun así significa y asocia las imágenes con su propia vida.

En la segunda obra, también iniciada en el nivel Kinestésico, con lápices acuarelables a los que posteriormente les aplica agua, los componentes, Kinestésico, Perceptivo y Cognitivo según el Continuo de Terapias Expresivas, nos muestran actividad del Hemisferio Cerebral Izquierdo indicando que los pacientes usan pensamiento racional, excluyendo otras maneras de procesar la información.

En esta sesión he sentido como se va estableciendo el vínculo al sentirme un poco más cercana a la paciente, la empatía es espontánea al tener cosas como nuestra profesión en común, ella a su vez se ha mostrado muy dispuesta a compartir su mundo: su familia, sus afectos y sus dificultades confiando en esta terapeuta que ha llegado a trabajar con ella, la siento ávida de poder compartir, ha conversado incansablemente.

**Emociones**

Hoy la Sra. X me está esperando pues le recordaron con antelación nuestra sesión de hoy, se encuentra sentada en su silla de ruedas con la mesa de trabajo cercana, la saludo a mi llegada mientras me pongo delantal y guantes.

En las sesiones pasadas me ha parecido que algo ocurre con la expresión de sus emociones, aun cuando me conversa de temas muy cercanos a ella, como en el caso del accidente vascular:

“yo estaba sola en mi departamento era ya tarde, mi marido estaba en el hospital así que yo estaba sola, me sentía rara, algo le sucedía a mi lado izquierdo, no me respondía, sabía que podría ser un Accidente Vascular Encefálico, traté de tomar el teléfono para hacer una llamada, pero me caí al suelo sin lograrlo, me arrastré tratando de hacerlo pero no pude, me quede allí tirada por mucho tiempo, es de noche ya, mi gato me acompaña, se echa a mi lado. No sé cuánto ha transcurrido y siento bulla afuera, nadie más tiene llave de mi departamento, así que para entrar se debe pedir permiso a mi vecina y pasarse por el balcón, rompen un vidrio y logran entrar, me encuentran y me trasladan a urgencia de la U. Católica. Aunque su relato parece distanciado de sus emociones como ya lo he expuesto, ella logra vincularse con este hecho particular y traumático, pudiendo expresarlo casi sin detalles, me estimula su confianza y su claridad.

Según Sánchez – Navarro J.P. y Román F. de los trabajos revisados, señalan que son varias las estructuras corticales y subcorticales implicadas en la emoción. En primer lugar, la amígdala parece jugar un papel especialmente importante en la emoción, particularmente en la respuesta emocional a estímulos de contenido aversivo o desagradable. Esta estructura es capaz de producir una respuesta rápida a estímulos aversivos simples, sin la necesidad de la participación de la corteza. Cuando los estímulos emocionales son más complejos, son las estructuras corticales las encargadas de procesarlos y producir una respuesta. Las principales regiones corticales implicadas en la emoción parecen encontrarse ubicadas en la región prefrontal. Además, algunos autores indican que la región prefrontal podría encontrarse implicada en la respuesta a estímulos de naturaleza agradable.

Así, mientras unos estudios conceden un papel más relevante a las estructuras del hemisferio derecho, otros autores encuentran un procesamiento hemisférico diferencial de los estímulos emocionales, con el hemisferio derecho encargado del procesamiento de estímulos de contenido negativo y el hemisferio izquierdo de los de contenido positivo.

A partir de los trabajos realizados con pacientes con daño cerebral, se ha propuesto que la emoción expresada tras una lesión hemisférica unilateral reflejaría la capacidad emocional del hemisferio no dañado, ya que el hemisferio lesionado se encuentra alterado tanto para el procesamiento emocional como para la inhibición contralateral del otro hemisferio (Kolb y Taylor, 1981; Ostrove, Simpson y Gardner, 1990; Silberman y Weingartner, 1986).

Ostrove *et al.* (1990) han hallado este efecto en pacientes con lesiones en el hemisferio derecho, los cuales muestran una propensión a interpretar de forma positiva los estímulos emocionales que se les presentaban.

En general, Silberman y Weingartner (1986) sugieren que el modelo más consistente sería el que postula una inhibición entre los dos hemisferios, en el que el hemisferio derecho se encontraría implicado en las emociones negativas y el hemisferio izquierdo en las emociones positivas.

Considerando la información disponible, podemos entender que el daño cerebral aun cuando sea en un punto específico, o en un área determinada, dado el concepto de sistema aplicado al Sistema Nervioso Central, se verían alteradas un conjunto de conexiones o sistemas interconectados que participa en las diversas respuestas expresadas. De esta manera el daño parieto-temporal y pre frontal podría manifestarse a través de la inhabilidad de expresar emociones (alexitimia), así como en la intensidad de la emoción o en la selectividad de ella, además de dificultades para la integración viso espacial y simbólica.

Hoy le pido que hagamos un collage, el tema: Mis emociones. Para ello he traído muchas imágenes ya recortadas dada la dificultad que presenta con su motricidad y me he preocupado especialmente de traer representación de las emociones.

Acepta de inmediato la idea, saco el material y comienza a elegir, apartando las que podrían servirle, cuando termina retiro lo que no ha seleccionado y me pide una hoja de block grande, observa las imágenes que tiene, cuidadosamente y vuelve a hacer una

selección, tiene muchas más imágenes de las que puede usar para la hoja seleccionada.

Una vez que ha decidido me la pasa, yo le pongo pegamento y se la entrego para que la pegue en la ubicación deseada, así poco a poco se va conformando su imagen. Al terminar lo observa y me dice: “Hay varias parejas felices, tomadas de la mano, niños que representan a mi familia. Me gusta hacer actividad física, eso también está aquí. La niña que está mirando es como mi nieta, la hija de mi hija mayor que está en España. El señor mayor creo que representa mi vejez, el hombre enojado es mi marido, el niño enfermo, no sé. También está la preocupación, señalándome una imagen (la de un hombre con cara de preocupación). Todo se desarrolló de manera fluida, sin latencias.

A pesar de que ella no escogió ninguna imagen que evidenciara rostros con emociones claras como las que había traído, ha sido capaz en este ejercicio de representar sus vínculos más significativos, y al describir las situaciones, pasar de lo figurativo a lo abstracto. Ha explorado sus vínculos y experiencias de vida en torno a su familia más cercana. Ha significado su trabajo.



Fig. 3.1 Sesión N 3

Pichón Riviere E. decía en un artículo: “El descubrimiento, el acto creador, responde a un mecanismo por el cual el sujeto evita el caos interior, resultante de una situación básica de depresión”, explicita que al tener el mundo interno fragmentado busca en su obra “la reaparición de sus vínculos positivos con la realidad. La creación es un constante juego de muerte y resurrección.

Abraham Haber, 1969, plantea que el hombre tiende a unir, englobar. El concepto de unidad psíquica es entendido como una norma para la salud mental, y explica que este hecho responde aparentemente al alivio que provoca lograr un resultado que refleje unidad, en suma lo entiende como un acto de reparación.

La paciente de esta manera reconstruye su mundo, desde su mirada. En esta sesión planteada para la expresión de emociones a través del collage, basándome en el argumento de la existencia de al menos algunas emociones que no son aprendidas sino universales e innatas que se debe en cierta medida a Paul Ekman (1992) de la Universidad de California, quien descubrió que las expresiones faciales de estas emociones son reconocidas por personas de distintas culturas, lo cual les otorga un carácter universal. Los investigadores discrepan en lo que concierne al número de ellas, pero en general se reconocen como tales: la alegría, la aflicción o tristeza, la ira, el miedo, la sorpresa y el asco. No existe cultura alguna de la que estén ausentes estas emociones.

No son aprendidas sino que forman parte de la configuración del ser humano.

En esta sesión se exponen estas expresiones faciales para que la paciente trabaje con ella, lo que se ha logrado, pero solo parcialmente, no he logrado la identificación explícita de las emociones básicas traídas, (felicidad, sorpresa, tristeza, miedo, ira, sorpresa, repugnancia). Se desprende además, que dada la situación de hospitalizada de la paciente, y la cercanía que tiene de manera especial con una de sus hijas, así como del relato de su vida, un sentimiento de soledad latente.

**Análisis de la sesión:** el Collage es considerado una actividad cognitiva porque requiere que el paciente seleccione, escoja según categorías, combine y explique los conceptos a través de las imágenes. En este tipo de trabajo donde el paciente debe seguir varios pasos para lograr su cometido, se incrementan las funciones cognitivas.

Un proyecto de múltiples pasos, requiere que el paciente retenga información en su mente y que siga pasos en un orden específico. Se activa la memoria de trabajo y las habilidades de secuenciar, ambas habilidades utilizadas en el Componente Cognitivo a la vez que implica aumentar la distancia reflexiva. Según Lusebrink, (1991), la distancia reflexiva se refiere al lapso de tiempo entre un impulso o estímulo y la reacción del individuo ante él. Al aumentar esta distancia el paciente tiene la oportunidad de considerar o darse cuenta de variados posibles significados o interpretaciones de su trabajo en el proceso de realización.

La paciente ha logrado realizar el Collage y también logró significarlo a través de su relato, proyectando sus inquietudes y preocupaciones a través de las imágenes, de esta manera ha logrado también trabajar en nivel Simbólico del ETC.

Al escoger la realización de un collage con el tema de las emociones, la finalidad era constatar la comprensión, reconocimiento y la expresión de estas emociones básicas por parte de la paciente, puesto que dada la localización del daño cerebral podrían estar afectadas en algunos de sus niveles. La paciente realiza el trabajo con muy buena disposición pero sin que logre la identificación plena de estos estados considerados básicos. Sin duda logra relacionar sus vivencias y la de su entorno familiar a través de las imágenes, dando así significado a su obra. A pesar de ello mis dudas en torno a sus emocionalidad persisten. Como plantea Greenberg L., 1997, las emociones nos guían y nos ayudan a mejorar la toma de decisiones y la resolución de problemas, gracias a que las emociones nos informan de aquello que nos es significativo, información que elaboramos luego desde lo cognitivo.

**V.5.2.- Fase *intermedia*.** Sesiones 4 a 10: Incorporando mi lado izquierdo, incorporando mi cuerpo como un todo, reconociéndome.

En esta etapa el apoyo a los objetivos será enfocado predominantemente en enfatizar el trabajo en la producción de imágenes visuales a través de los elementos pictóricos. Sin embargo, todas las actividades artísticas utilizadas involucran acciones motoras que a su vez son un estímulo y un agente reconstituyente. Como se expresa en el trabajo de Lusebrink en la rehabilitación de pacientes con Accidente Vascular Encefálico, la acción cinestésica y háptica actúan como un agente reconstitutivo que puede evitar las áreas con deficiencias y ayudar a la reconstrucción de memorias,

volviéndolas accesibles a la inspección consiente y al procesamiento visual. Los medios de arte táctiles también estimulan respuestas emocionales, la terapia de arte en pacientes con daño cerebral adquirido, es enfocado como un acierto en la formación de nuevas vías neuronales y en la reorganización funcional del cerebro, a través de estas experiencias en que la estética y el goce forman parte de las actividades realizadas.

**Esperanza**

En esta sesión la Sra. Ximena está sentada en una silla de ruedas muy cerca de la ventana que es grande y le permite ver parte de la vegetación y del estacionamiento del primer piso. Le llega el sol y me dice “quiero secarme el pelo que me lo lavaron” esto mientras leía un libro que al vernos deja a un lado marcando con una hoja el lugar donde estaba, este a su vez lo deja sobre la mesa larga y angosta con rueda que tiene delante.

La saludamos y el tutor que me acompañó hasta allí me deja sola, me dirijo a la percha que se encuentra en el rincón detrás de ella, para colocarme el delantal obligatorio de las salas de aislamiento y mientras me lo cierro le pregunto cómo está, me dice que ha estado bien, tiene una cara tranquila, sonriente parece alegrarse de verme, yo le pregunto si puedo cambiar las cosas que tiene dispuestas sobre la mesa a otro lugar, me dice póngalas sobre la cama (está impecablemente tendida), las dejo allí y coloco mi maleta con materiales sobre la mesa. Primero saco su última obra, un collage y se la muestro relatando su interpretación de la sesión anterior, le pregunto ¿ve algo más? Solo me dice: el rostro de persona mayor la asocio a mi propia vejez y la persona corriendo a lo que me gusta hacer, gimnasia o actividad física en general, aunque sé que ahora no podrá ser igual, haré otras cosas que pueda cuando me recupere.

Tengo presente que en las sesiones anteriores la paciente solo ha utilizado la mitad derecha de la hoja de trabajo como consecuencia de su accidente vascular encefálico y lo que se describe como hemi-negligencia izquierda producto del daño isquémico sufrido en el hemisferio derecho. Su trabajo se ha caracterizado por su espontaneidad, llama la atención su entusiasmo, el color en ella conecta, esclarece y define emociones, recuerdos, finalmente su historia.

Coloco una hoja de block de tamaño medio enfrente y le pido que deslice su mano por el borde haciendo que tome conciencia de su real tamaño, se toma su tiempo y desplaza su mano lenta y repetidamente, una vez que parece lograrlo le pido que utilizando temperas pinte lo que desee. Para empezar me pide color lila y comienza a pintar sobre la esquina derecha de la hoja. Realiza movimiento circulares pintado poco a poco los espacios que puedan quedar blancos en esta gran mancha lila, repasando

incluso delicadamente los bordes, la contempla cada cierto rato y vuelve a repasar hasta mostrarse satisfecha. Me pide luego verde metalizado, pintando otra mancha vecina a la anterior hacia la parte central de la hoja, de la misma manera también en ésta, después de un momento, la contempla deteniendo su trabajo. Finalmente, me pide el amarillo e inicia su pintura dando pinceladas verticales sobre la mancha verde, la observa y continúa avanzando con la mancha amarilla hacia la izquierda de la hoja. La observo trabajar en silencio y me admira, me sorprende y me alegra enormemente este avance sobre el lado izquierdo de la hoja, siempre trabaja solo con su mano derecha a pesar de que ha recuperado un poco del movimiento de la mano opuesta. Debo ayudar para cambiar de pincel y afirmar el frasco de pintura cada vez que lo utiliza. Una vez que detiene la obra le pregunto ¿qué le parece? ¿Está terminada?, me dice: si ya la termine, elegí el morado porque para mí es un color espiritual, el verde es un bosque, un hermoso bosque y el amarillo....no sé porque lo elegí.... Se queda un rato pensativa y silenciosa.... El amarillo es mi madre, a ella le gustaba mucho el amarillo. Pregunto por las líneas verticales amarillas sobre el verde, luego de observar un momento dice es un hombre.... Se calla un momento para luego cambiar de opinión, no, es mi familia.



Fig. 4.1 Sesión N 4

Ella parece no tener nada más que agregar sobre la obra, yo la veo más espontánea que las sesiones anteriores, incluso un poco más contenta, alabo su fortaleza para trabajar en las varias sesiones diarias de kinesiología que tiene y los avances en la recuperación de los movimientos de su mano izquierda, sonrío me mira a los ojos y me cuenta que tiene un esguince en su pie izq. pues en una de las sesiones la pararon y su pie se dobló, ya está mejor me cuenta que se ira a España con su hija en cuanto se recupere, que tiene muchos deseos de ir y que una amiga la acompañará, allá se quedara un tiempo y cuando regrese le gustaría ir a vivir a un departamento., sénior que es más barato que su departamento., ya que la mantención, el pago de los gastos comunes y el gasto que implica contratar una persona que los ayude sería más caro. Me dice además, “mi hija hablo ya con mi marido y nos vamos a separar, hace mucho que nos hacemos daño, ya no nos queremos, y mi hija ya habló con su padre y el aceptó, con eso ella me ayudó a no sentirme yo culpable”.

Yo estuve en España hace un tiempo de visita como cinco meses y no eche de menos para nada a mi marido ni siquiera me acordaba, así que sé que para mí será fácil. Él además, jamás aceptaría ir a un hogar como él los llama y yo sí estaría feliz. Mientras advierto que la sesión está por terminar y comienzo a guardar los materiales, ella va dando por finalizada la conversación. Termino de ordenar y limpiar lo que se utilizó y vuelvo a dejar sus cosas como las encontré inicialmente sobre la mesa, me saco y cuelgo el delantal, despidiéndome con un beso en la mejilla, me responde, pero luego me dice nos van a retar y reparo que estando en aislamiento eso no está permitido, nos reímos y me acerco al lavamanos cerca de la salida para el lavado de manos de rigor y ella me dice le quiero pedir una última cosa ¿me puede pasar el computador? Señalándomelo, me acerco, se lo paso y finalmente salgo de la habitación cerrando la puerta. Camino de vuelta al primer piso bajando esta vez por las escaleras con los materiales en la mano, al llegar a la oficina de la psicóloga que nos acoge, comienzo la desinfección de los mismos con alcohol gel como se nos ha advertido debemos hacer con todas las cosas ocupadas en aislamiento, aun cuando se ocupan solo con esa paciente. Hoy me siento contenta, me parece que la Sra. X va avanzado no solo en la rehabilitación física como ha sido evidente, sino también en la comprensión y aceptación de lo ocurrido, la he sentido más conectada con sus sentimientos en relación a la familia y a su propia rehabilitación.

Además, y de gran importancia ha sido el “avance” sobre el lado izquierdo de la hoja.

En esta sesión la paciente expresa emociones claramente reconocibles como la alegría. Del mismo modo puedo observar a través de su relato como ella se proyecta, tiene planes para su futuro, lo que le ayuda, le da fuerza y fortaleza, sin duda esta lucha por lograr su rehabilitación, ha requerido de un gran esfuerzo por su parte, y se muestra muy orgullosa por ello.

Persevera en la idea de irse a España a reunirse con su hija y poder ayudarla, hay en ello una búsqueda del sentido de pertenencia y de sentirse útil. Asimismo hay una manifiesta sensación de haber sido liberada de tomar una decisión tan importante como postergada: la de separarse de su marido, unión con la que parece nunca se sintió feliz.

“Los pacientes con daño cerebral que no tienen el sentimiento corporal o el sentimiento visceral, pero cuyo funcionamiento racional permanece completamente intacto, se encuentran terriblemente perjudicados en situaciones de toma de decisiones de la vida real, que son dinámicas y multidimensionales” (Damasio, 1994). No poseen una sensación intuitiva que guíe su pensamiento racional, ni que les indique que unas cosas son más importantes que otras. Así que se quedan atascados tratando de ponderar todas las posibilidades. De este modo es como las emociones influyen claramente sobre las cogniciones y son esenciales en la toma de decisiones de la vida real. En Psicoterapia, los pacientes que tratan de resolver intelectualmente conflictos de toma de decisiones (Greenberg y Webster, 1982), tales como decidir si se separan de su pareja, o decidir un curso de acción, sin atender sus preferencias sentidas, dan vueltas viendo los pros y los contras incapaces de decidir. Atender a los sentimientos viscerales da cuerpo a las posibles opciones, y estos tienen que ser atendidos en terapia para que pueda cristalizar la toma de decisión o emerger un nuevo significado.

Como expresa Lusebrink, el hecho de tocar activa a los sentidos cutáneos que responden a la presión, vibración, enfriamiento y calentamiento. El sentido háptico nos ayuda a percibir forma, peso y dureza de un objeto, por las sensaciones kinestésicas de las articulaciones y músculos involucrados en esta exploración. También al tocar a través de la piel podemos percibir la textura, lo que crea una vibración de la piel. Las sensaciones hápticas, tocar, involucran movimientos que estimulan la producción de emociones, porque este estímulo viaja activando la corteza somato sensorial, pero también la occipital, involucrando en este proceso la vía visual ventral en la percepción háptica de objetos.

En esta sesión se ha observado un avance notorio, donde con el apoyo de arteterapia se logró la visualización del lado izquierdo, omitido hasta ahora, lo que a su vez estimuló su sentimiento de alegría, de reconexión de una manera consiente. De manera muy significativa también logra expresarse a través de los colores, de la abstracción, logra manifestar su capacidad de simbolizar más allá de lo concreto.

**Análisis de la sesión:** La paciente inicia su trabajo en el nivel Sensorial, al explorar el papel de trabajo con los ojos cerrados se está promoviendo aumentar la conciencia de todos los sentidos, que informan a una persona de las cualidades de los materiales estimulándola a enfocarse en las sensaciones internas.

La paciente a través de su quehacer inicial de reconocimiento logra restablecer conexiones entre lo motor y lo somato sensorial, recuperando la conciencia del lado izquierdo de la hoja de trabajo, su logro permite que por vez primera el trabajo se realice sobre la hoja completa, lo que significó primero una sorpresa enorme para mí al ver que podía recobrar parte de su conexión con el lado dañado de su cuerpo y luego una gran alegría por la recuperación que eso implica para la paciente.

Las experiencias sensoriales son usadas terapéuticamente para provocar emociones en personas con dificultades para acceder a ellas, para reconocerlas y expresarlas.

Al trabajar con material fluido como la témpera, se provocan respuestas emocionales (Lusebrink, 1978), y la paciente, del componente Sensorial pasa al componente Perceptivo/Afectivo donde a través de la pintura logra evocar afectos como el de su madre y el de su núcleo familiar directo. A pesar de todo lo anterior me ha parecido significativo el avance de la paciente desde la rehabilitación física a la expresión emocional y comprensión de su mundo interno, proyectos futuros y su capacidad en la interpretación simbólica.

Los trabajos de esta sesión son revisados en una sala de reuniones de la clínica por nuestra profesora supervisora, al leer la sesión comente la situación personal de ella y los planes que tenía para su futuro, enfrentando su situación con valentía y muy positivamente. Mi percepción, sin embargo, apuntaba más bien a una desconexión emocional dado que ella durante la sesión me contó con detalles como había sufrido el accidente vascular encefálico, estando sola en su departamento y teniendo conciencia

de que no quería reconocerlo, así como otras situaciones de su vida personal sin que en ningún momento hasta ahora yo haya podido observar algún asomo de emoción, aun así ella por medio de la terapia de arte, accede a su mundo interior, logrando comprender y mirarlo de manera más accequible. Mi supervisora me propone trabajar en la siguiente sesión con acuarela.

**Los Colores de mis emociones**

Al llegar a la habitación la Sra. X se encuentra sentada en su silla de ruedas y me dice: me cambiaron de sala, estoy sola y lo prefiero, la sala anterior era para dos personas y como debo estar aislada me cambiaron aquí, agregando contenta, tiene esta ventaja estar en aislamiento. Posterior a la sesión anterior, la supervisora me sugiere trabajar en la siguiente sesión con acuarela, y por ello le propongo entonces hoy a mi paciente trabajar con acuarela, ella con muy buena disposición acepta. He traído papel especial y acuarela en tubo con variados colores, me dice que nunca ha pintado con acuarela.

Para iniciar la sesión le muestro los materiales, le explico un poco la técnica y le humedezco la hoja y mientras le muestro, le doy a elegir los colores que quiere usar. Me pide azul, amarillo y verde que coloco sobre la paleta y se los acerco. Comienza a pintar, los colores son los mismos usados en sesiones anteriores, una vez que termina su obra la observamos y me expresa “está muy mala, el azul no dejó blancos, se taparon las nubes, el verde son los árboles, está muy cerrado”.

Le preparo una segunda hoja, la mojo y esta vez le digo trate de usar otros colores, y le coloco una mayor variedad de colores, elije tonos diferentes como rojo, naranja, café, que no había utilizado antes y al ver el resultado me dice “me gusta, éste lo pondré en un cuadro!” En ambas obras los colores son usados sin diluir, cargados, distribuidos en toda la hoja de manera equilibrada se lo hago notar y la felicito por estos avances.



Fig. 5.1 Sesión N 5

En esta sesión ella nuevamente logra sus expresiones a través del color, en el primer trabajo están sus gustos innatos, lo preestablecido, sin embargo, el resultado no le satisface:” está mal, se taparon las nubes, el cielo está muy cerrado” sus expresiones pueden reflejar “esta he sido yo”, sin embargo, hay un segundo intento, una búsqueda de algo diferente que a pesar de utilizar un medio nuevo como la acuarela y colores que no habían sido de su preferencia, logra algo que la sorprende gratamente, diciendo al observar el resultado: este cuadro lo quiero enmarcar! .... Creo que yo puedo entender, esta soy, ahora ha comenzado un proceso de reconocerse y aceptarse.



Fig. 5.2 Sesión N 5

**Análisis de la sesión:** el trabajo de esta sesión es en el nivel afectivo, la acuarela es uno de los materiales que permiten la mezcla de colores y por tanto al trabajar con ellos, la paciente se ve enfocada en la fusión de los colores en este medio húmedo donde emergen emociones y formas. En este nivel el trabajo terapéutico se relaciona con la contención de las emociones y permitir amplificar la expresión de los sentimientos a través de los materiales de arte y el proceso de arte en sí mismo. Ha sido demostrado que las terapias de arte ayudan en el manejo de la ansiedad (Curry&

Kasser, 2005) y en mejorar los estados de ánimo, (De Petrilo & Winner, 2005) citado por Liza H. (2009), en Expressive Therapies Continuum.

También es importante que al estimular la expresión y reconocimiento de las emociones, estamos estimulando el lado derecho del cerebro donde existen lesiones provocadas por el

Accidente vascular sufrido por la paciente.

**Puedo expresar mi rabia!**

Recuerdo que en las primeras sesiones mi paciente, producto de su Accidente vascular cerebral encefálico derecho, presentó negligencia, Allegri R. 1988, falla dirigida a estímulos o acciones que ocurren en el lado contralateral a la lesión hemisférica y la misma no es debida a trastornos elementales sensoriales o motores Heilman y col., 1993. En base a los diferentes aspectos involucrados en la atención selectiva se podía observar una clara negligencia atencional o sensorial (hemi inatención izquierda, en este caso), negligencia motora (Hemi akinesia), vale decir “retardo en la iniciación de los movimientos, o de ausencia de movimientos que puede simular una hemiparesia a pesar de no haber déficit motor”, según R. Allegri. Se puede hablar también en este caso de negligencia representacional del mismo lado (hacia una mitad de la imagen mental) y me parece que también se observó negligencia afectiva, donde se describe que la conducta del paciente es como si no sucediera nada a pesar de tener objetivamente su hemiplejia. Me parece que leyendo diferentes trabajos al respecto es coincidente lo observado con lo leído al respecto, es decir que había algún grado de desconexión y que poco a poco se ha ido recuperando.

Al llegar a la habitación de la paciente, está sentada en su silla de ruedas, nos saludamos sin tocarnos, como siempre me coloco mi delantal de aislamiento y dispongo los materiales en la mesita de trabajo, me doy cuenta que el televisor está encendido y le pido permiso para apagarlo, me responde claro. No lo estaba viendo. Apago y recapitulo mostrándole las dos obras realizadas la sesión pasada, con la primera reitera lo mismo, que estaba muy cerrada, (los colores no dejan casi ver el blanco de la hoja), se taparon las nubes. Al mostrar la segunda obra la mira dudando, le digo, ¿la recuerda?, me dice si, si, le vuelvo a preguntar, ¿que ve? Y permanece silenciosa mirando, sin responder. Le pregunto ¿y en esta otra posición? (girándola) continua mirando, al ponerla en posición vertical me dice, sí, así, el rojo es mi rabia y mi dolor....pero se está diluyendo, el morado es la esperanza....y arriba todavía está oscuro... pero ¡no está cerrado!, me sorprende. Es la primera vez que habla de rabia y dolor asimilándolos con ella misma, sin duda representa la incorporación de ella misma en su totalidad.



Fig. 5.2 Realizada en la sesión anterior.

Le muestro luego todos los materiales que he llevado, varios lápices, acuarela, tempera y pastel y le pregunto ¿que desea usar?, me dice témpera, dispongo más cerca los frasco para que pueda elegir, va tomando frascos, azul, verde, amarillo, plateado, rosado claro o piel y lila, comienzo a abrirlos y a colocarlos de modo que le sea fácil tomarlos, y ella intenta abrir alguno utilizando ambas manos, ya puede mover su mano izquierda, la alabo y me dice: aun no tengo fuerza, insisto en alabarla por sus logros, ha trabajado muy duro, me cuenta un poco lo que ha estado haciendo en kinesioterapia y en terapia ocupacional, donde sigue intentando pararse y caminar, a la vez que mejorar el trabajo en el uso de la silla de ruedas, me cuenta que ha estado practicando como ir al baño en la silla de ruedas, como debe seguir una secuencia para lograrlo, me admira por un lado su férrea voluntad de salir adelante, esforzándose en las propuestas de trabajo de recuperación, pero hoy también al decir esto, está reconociendo que en su vida futura pudiera necesitar de esa silla de ruedas.

Comienza a tomar los colores y con lentitud, sin apresuramientos realiza manchas que cada tanto observa, tomando un poco de distancia, como apreciando si es lo que ella realmente quiere. Una vez finalizado me dice simplemente, ya! Y antes de que yo pregunte me empieza a decir: la mancha azul (dividida en dos) son mis nietos, el verde

de al lado es mi hija, el amarillo es mi yerno. El morado es esperanza, el verde contiguo es luz, el color piel es la luz de mi meta, que es estar bien y poder viajar para ayudar a mi hija en España, ella está estudiando un magister y es difícil con el trabajo y los niños. El color gris es aquí (la clínica), el blanco que está hacia abajo es mi trabajo y los avances en la terapia.



Fig. 6.1 Sesión N 6

**Análisis de la sesión:** La paciente trabaja con material fluido, realizando manchas y mezclas de colores manteniendo una actitud absorta, relajada. Según Lusebrink, en la dimensión sensorial la capacidad sanadora es su capacidad de enlentecer la experiencia sensorial. Las emociones y los pensamientos están disminuidos, permitiendo que el inconsciente sea dominado por las sensaciones físicas, el estar así concentrado, puede permitir al paciente estar más abierto a sus experiencias internas. L. Hinz citando a Kagin & Lusebrink dice que las representaciones abstractas en ETC, probablemente aumentan la distancia reflexiva y reducen la participación afectiva en la experiencia artística. Las ideas y emociones expresadas de manera abstracta son veladas, como es el caso de la familia de la paciente representada a través del color, forma o tamaño. No están las características físicas reales de estos

miembros, pero la abstracción puede permitir aumentar la comprensión en otros aspectos (personalidades, valores, intereses y/o dinámicas familiares).

Sin embargo debo tener presente que la paciente al escoger la abstracción, donde el componente cognitivo predomina, está utilizando el pensamiento racional, excluyendo otras maneras de procesar información, situación descrita en pacientes alexitimicos. Es importante estar atenta.

El componente perceptivo está presente al usar el lenguaje visual con elementos como líneas, formas, tamaño y color para comunicarse en un proceso paralelo a la comunicación verbal, logrando una representación de sus experiencias internas. De esta manera la paciente muestra sus preocupaciones y anhelos, exteriorizados verbalmente a través de los componentes cognitivo y simbólico.

**Mi sueño de viajar**

Llegue a la sala, la Sra. X estaba sentada en su silla de ruedas, al costado alejado de la ventana, la cama tendida impecablemente, la pieza muy luminosa, todas las cortinas estaban abiertas y el ambiente se sentía un poco encerrado, un poco caluroso a pesar de que la ventana estaba como 4 cm abierta, la Sra. X leía una novela que dejó marcada al verme entrar, la saludo y me dice Ah! se me había olvidado!, deja el libro a un lado y se prepara para trabajar.

Al recapitular le repito lo que ella me dijo de su obra la semana pasada, y me dice si es igual, pero al girar un poco la hoja me dice “la gran mancha lila es mi madre”, comienza contándome que ella murió en Agosto pasado, que ella y sus hermanos se turnaban para cuidarla, vivía sola, pero tenía quien hiciera las cosas, y justo murió en mis brazos, éramos muy unidas. Cuando yo sufrí el accidente vascular encefálico, me tocaba ir con mi hermana al cementerio a verla. Suena su celular se lo acerco y conversa muy corto con su hermano.

La noto un poco decaída, le pregunto: ¿se siente bien?, me dice sí, estoy un poco cansada pues ya tuve sesiones de Kinesiterapia y Terapia Ocupacional pero estoy bien, además me dice: estas sesiones me entretienen.

Le recuerdo que hoy he traído material para trabajar con las manos como me expresó que quería la sesión pasada, dispongo mi maletín con lápices variados, block y además pintura para manos, plastilina, masa play, greda y materiales para recortar como diferentes papeles y goma eva. Los mira y elige greda, se la abro y le entrego varios trozos, toma uno de ellos y lo va aplanando con ambas manos dándole una forma triangular, le agrega en el borde una línea de plastilina de color rojo y luego en otra zona le pone un trozo de plastilina azul. Comienza a trabajar pequeñas cantidades de masa play de color verde, haciendo lulitos de diferentes tamaños que va colocando sobre la forma de greda uno al lado del otro. Me pide masa azul y hace lulitos que coloca un poco más alejados de los anteriores y agrega otro pequeño de color lila.

Me dice: esto es lo que quiero en el futuro, señalando el trozo de greda, este es un transatlántico que viajará por el Mediterráneo y quiero ir con mi familia: mis dos hijas, mis nietos, mi yerno y mis consuegros, mi marido no, él siempre me descalifica, él no es profesional, era militar y cuando jubiló no hizo nada más, me comenta “yo le sugerí

que estudiara o hiciera algo más, pero él no quiso hacer nada, dice con tono francamente reprobatorio. Mis hermanos también son profesionales y mi marido siempre me molestaba por eso. A mí me fue bien, trabajé en varios hospitales, fui docente de Epidemiología en la U de Chile, pero ahí era casi imposible ascender, así que me fui a la católica y ahí jubilé, hacía investigación y terminé como profesora titular. Y el grado nunca te lo quitan hasta ahora me llegan invitaciones cuando se juntan los profesores, comenta con un gesto alegre.

Se nos va acabando el tiempo de la sesión, de modo que empiezo a guardar los materiales mientras la conversación llega al final, sin embargo me quedo pensando, a pesar de escoger un material como greda, ¿es casual que no trabajara en tres dimensiones con la greda como yo esperaba?, ¿podría ser consecuencia de su cuadro?, ¿tendrá incapacidad de trabajar en tres dimensiones?, ¿será que no las percibe? me saco el delantal, lo cuelgo y me despido.

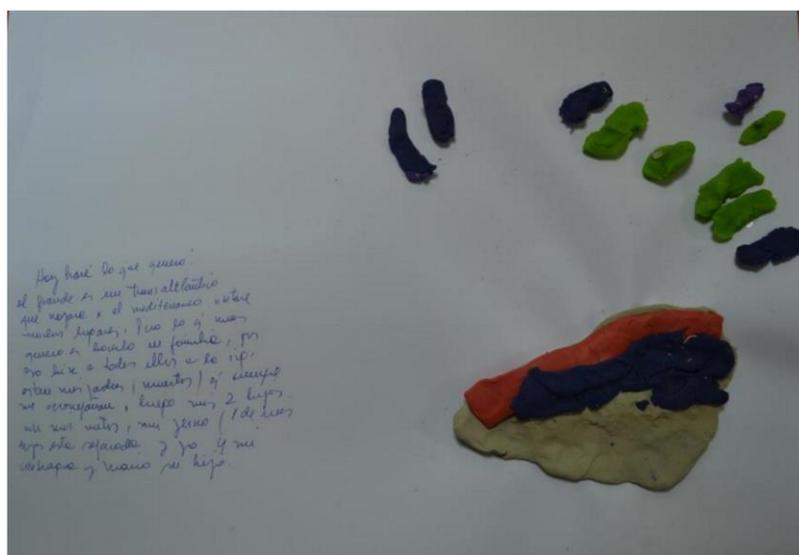


Fig. 7.1 Sesión N 7

**Análisis de la sesión:** El uso de greda, en predominantemente una actividad que potencia el componente sensorial de ETC, y especialmente trabajada con las manos enfatiza la percepción de las cualidades táctiles del material. Debido a que este material tiene la habilidad de evocar afectos, la experiencia sensorial se utiliza terapéuticamente para provocar emociones en los pacientes con dificultades para llegar a ellas o para expresarlas.

Como primera etapa se trabaja con el componente kinestésico al amasar la greda y darle forma. Una vez finalizada la obra, la paciente en forma espontánea relata verbalmente (Componente Simbólico) el significado de su obra, sin embargo este relato no expresa experiencias de tristeza, alegría u otra emoción. Es un relato hilvanado cognitivamente sobre sus anhelos y deseos futuros. La dificultad para realizar figuras tridimensionales con la greda me habla de un daño o déficit causado por su accidente vascular encefálico, sin embargo igual accede al material y trabaja según su idea, significa y le da sentido. Me vuelvo a cuestionar si realmente sus sentimientos están presentes y no puede expresarlos o están abolidos debido al daño causado por su patología. Aunque esta dificultad para realizar figuras tridimensionales con la greda me habla de un daño o déficit causado por su accidente vascular encefálico.

**Mi infancia**

“El uso de materiales moldeables y materiales tridimensionales ayuda a potenciar la función háptica (percepción a través del sentido del tacto). La manipulación de estos materiales permite reconocer mediante el contacto características como las dimensiones (alto, ancho, fondo), temperatura del material, textura, concepto de relieve, concepto de contorno etc. Además permite trabajar la motricidad fina y gruesa. La arcilla o la plastilina son materiales maleables, su temperatura y su flexibilidad cambian, Badilla Espinoza (2011).”

Esperando que al evocar sensaciones infantiles, jugar con greda o plastilina, la lleve a la tridimensionalidad, he querido proponer nuevamente trabajar con estos materiales como primera propuesta.

Al llegar a ver a mi paciente, no se había podido bañar por las otras actividades que tenía planificadas, por ello estaba un poco ansiosa y preocupada porque además, la cama no estaba tendida. Se encontraba sentada en su silla de ruedas esperando la sesión con buen ánimo a pesar de lo anterior. La pieza está un poco calurosa, con la ventana un poco y solo un poco entreabierta (no se puede abrir más, tiene tope), la cortina está arriba y llega el sol de la mañana de esta primavera un poco inestable.

Aun cuando llevo otros materiales y los dispongo sobre la mesa de trabajo, le propongo trabajar con materiales maleables y ella escoge entre estos greda como la sesión pasada. Comienza amasando un trozo mientras me conversa de las sesiones de Kinesiterapia que ha tenido antes, aun no logra afirmar el pie izquierdo y por lo tanto aún no puede pararse.

La greda la manipula formando una figura más bien plana que luego dispone sobre una hoja de block en el extremo superior izquierdo diciendo “es mi madre”, tomando más greda comienza a modelar algo que luego identifica con un caballo; relatando que cuando era pequeña su padre le enseñó a montar y tenía su propio caballo; me gustaba mucho andar a caballo, a veces salía sola y otras con una amiga. En realidad como mi papá era militar no salía sola, me acompañaba un soldado de la infantería. Luego con otro trozo de masa realiza una forma indefinida que ella identifica con un cerro que dispone a la derecha y sobre el caballo, pues en los cerros de Valparaíso es

donde tenía una casa de pequeña. Las figuras están trabajadas con lentitud de manera plana, no hay tridimensionalidad. El material la ha llevado a la infancia.



Fig. 8.1 Sesión N 8

**Análisis de la sesión:** En esta sesión se inicia el trabajo con el componente kinestésico, trabajando manualmente la greda, estimulando así el trabajo motor, además es una actividad que le ayuda a relajarse dada la ansiedad inicial.

La estimulación táctil es un ejemplo sencillo de como una sensación externa puede inducir un estado interno o una emoción, de esta manera se incorpora el componente sensorial transportando a la paciente a su infancia, recordando a su familia de origen, su hogar, a sus padres y las cosas que disfrutaba hacer.

Al significar su obra con el relato verbal, se hace presente el componente cognitivo.

En esta sesión aparece lo importante que es para la señora Ximena el orden y aseo de su pieza, quedando en evidencia en esta ocasión justamente por no estar dado, al alterarse el orden de su entorno ella se altera y se torna ansiosa. A pesar de ello logra trabajar y la greda la lleva a su infancia, recordando a su familia de origen y las cosas que en ese tiempo disfrutó. Aun cuando escoge un material moldeable, no logra la tridimensionalidad en su trabajo, realiza figuras planas que al igual que en la sesión

pasada, me hacen pensar en la existencia del daño que la condiciona. Debo además agregar que hasta este momento todos sus trabajos son de carácter abstracto, no hay representaciones realistas de lo que la paciente desea producir, creo que también puede ser reflejo del daño sufrido. Esto me hace valorar más aun sus esfuerzos y perseverancia al persistir en este proceso de recuperación de sus habilidades perdidas.

### El inicio de su recuperación

Hoy subo a ver a mi paciente a la hora programada, está sentada en su silla al lado de la cama sin hacer, para mi sorpresa hay otra cama a su lado, hasta ahora había estado siempre sola en aislamiento, le pregunto si tiene compañera, me cuenta que tuvo una por el fin de semana, que era una señora de edad similar a la de ella, muy simpática, de Antofagasta y que conversaron mucho, y eso me gustó. Es una pena, pero la trasladaron a su ciudad, allá completará el tratamiento, tenía un aneurisma y la operaron, pero aún no podía caminar, se fue en silla de ruedas. Yo me quiero ir caminando!.

Le pregunto ¿cómo ha estado su tratamiento?, bueno bien, por eso estoy cansada pues ya tuve kinesiterapia y después de almuerzo tendré nuevamente, como recién tuvimos un fin de semana largo y en esos días no tuve terapia, hoy note que retrocedí un poco en lo que había logrado, me costó retomar y me cansé. Me paré pero no logré caminar, en tono risueño me dice: “el pie izquierdo baila solo”. Antes me gustaba caminar, salía a caminar con una amiga, hacia Pilates y me gustaba mucho leer, me trajeron un libro pero lo encuentro complicado,... Ostrosky-Solis F. y Ardila A. (1986) plantean que ciertos aspectos del lenguaje se ven alterados por lesiones del hemisferio derecho e inversamente, algunos aspectos se conservan en lesiones hemisféricas izquierdas. Presentan especial interés las alteraciones de la prosodia debidas a lesiones del hemisferio derecho, como la incapacidad de manejar connotaciones y la producción e interpretación emocional. Según la localización del daño se comprometen en mayor o menor grado, la producción, la comprensión, la repetición, etc. Sin embargo, es muy importante recalcar que no existe una representación cerebral unilateral del lenguaje sino una representación bilateral de procesos complementarios.

Como la paciente relata, “en mi casa yo cocinaba y hacía las cosas, me gustaba hacer vida social, salía con mis amigas, con algunas tomábamos café y con otras a veces almorzábamos”. Mientras conversábamos yo iba sacando los materiales: témperas, acuarelas, lápices varios, pasteles, imágenes, recortes y soportes de distintos colores y tamaños disponiéndolos para que escogiera. Mirando todo observa copias de mandalas y me dice “nunca he hecho un mandala” y eligiendo uno, me dice hoy quiero pintar este. Pregunto ¿con qué quiere pintarlo? Con tempera me dice, comienzo a

sacar los frascos de su caja y mientras los observa, toma un lápiz scripto pequeño y cambia de opinión. Alejo un poco las temperas y saco todos los colores de los lápices scripto.

Inicia su trabajo y yo permanezco en silencio observándola pintar, lo hace rápido pero decidida, la veo cómo intenta mantenerse dentro de los bordes y lo logra, al cambiar de color lo toma y se ayuda con la mano izquierda para abrirlo, bien le digo y mueve orgullosa la mano izquierda y me dice “todavía me falta fuerza, pero recuerdo que en la primera sesión era una mano inerte”. Las partes del borde exterior del mandala las ha ido coloreando con morado y observando cada tanto como se ve, al lograr un poco más de la mitad, elige otro color para continuar dejando inconcluso el color anterior, al llegar a zonas más pequeñas del centro se da cuenta que le falta una parte del borde y lo retoma, sin embargo me parece que comienza a apresurarse y colorea con menos prolijidad, se equivoca al seguir el contorno de algunas figuras del mandala, al darse cuenta se detiene, lo mira y nuevamente continua.

Faltando unas pequeñas partes aun por pintar me dice ya, terminé y antes que yo pueda preguntar algo continúa, me parece alegre. Me cansé un poco y me duele la espalda, posiblemente porque antes había trabajado (en rehabilitación).

El mandala significa que estoy en la etapa de recuperación, le hago notar que a pesar del cansancio lo pintó prácticamente entero, todo el borde, que uso colores claros y que lo hizo en forma cuidadosa. Me dice yo sé que los mandalas significan algo, ¿qué significa este? Yo le repito lo que ella ya ha dicho: significa que está en la etapa de recuperación, es un mandala alegre, con colores luminosos que muestra cómo ha ido mejorando su motricidad fina,..... me agrega, no sé por qué usé café. Comenzamos a ordenar los materiales, yo voy guardando mientras le informo que la semana que viene no podré venir porque asistiré a un Congreso de Arteterapia. Se alegra y desea que me vaya bien.

Durante esta sesión la paciente ha demostrado ser pro-activa, muy consciente de su rehabilitación, e incluso con sentido del humor.

Al comentar lo difícil que le ha parecido la lectura del libro que tenía, me pregunto ¿tendrá dificultades en la comprensión?.

### **Análisis de la sesión:**

Citando a L. Hinz (2009): “Una actividad kinestésica rítmica puede ser usada de una manera reconstitutiva en pacientes Esquizofrénicos, con Alzheimer o en Accidentes Vasculares Encefálicos (Cottrell & Gallant, 2003, Lusebrink, 2004). El objetivo de esta actividad kinestésica en el proceso artístico podría ayudar a incrementar el funcionamiento de la memoria y mejorar la satisfacción del paciente”

El uso de mandala en esta sesión provee un inicio en el componente kinestésico, dado que debe concentrarse en el patrón de diseño escogido. El trabajo de motricidad fina es claramente estimulado, pero también observo que en esta repetición hay placer por el trabajo estético logrado. Me parece también que el logro de la armonía en la obra es importante.

A través del componente perceptivo se logra internalizar el sentido de estructura, de contención, de límites y orden que logra en la realización de su obra.

Para ella este trabajo fue especialmente arduo por el uso de su motricidad fina con la que aún tiene un poco de dificultad, pero también el resultado fue gratificante, le gustó lo realizado, la vi contenta con el resultado final logrado.



Fig. 9.1 Sesión N 9

### El prado

Al llegar a ver a mi paciente ella aún no llegaba de modo que para aprovechar el tiempo me pongo a leer su ficha y tomo nota de algunos antecedentes que me parece, me pueden servir. Al poco la paciente se encuentra dispuesta a trabajar, la saludo y ella me corresponde, se ve contenta, sin embargo, me pregunta ¿cuál es tu nombre?, me olvide, Pamela le digo, ah! se me olvida, perdón, no hay problema le digo y comienzo a conversar preguntando: ¿cómo ha pasado la semana?, ¿cómo va la terapia?. Durante un momento me cuenta que ya logra pararse, pero no puede levantar bien aún el pie izquierdo, no obstante sentada en su silla de ruedas lo levanta y me muestra diciendo “ya no baila solo”, me rio y la felicito pues sé que cada avance significa un duro trabajo de ella en kinesiterapia. Luego me cuenta que el día domingo salió, la vino a buscar una amiga y ella la llevo a cumplir su deber cívico, que el colegio donde le toca votar no estaba preparado para recibir gente en silla de ruedas, había dificultades para acceder al lugar de votación, pero recibí ayuda y todo salió bien. Fue un día entretenido, lo pasé muy bien.

Al terminar y sintiendo que el tiempo pasa, le pregunto si se acuerda del trabajo realizado la última sesión, se lo que le muestro, sí me dice, en realidad es un trabajo que hizo con greda pero al secarse se despegó y se rompió y por ello quiero que me diga que ve y si se acuerda de la interpretación anterior. Para mi sorpresa me dice casi lo mismo que al realizarla, junta algunos trozos de greda y me dice esta es mi madre, acá esta mi caballo y mi casa.

Durante la conversación se observa tranquila, sonriente, con deseos de conversar, le propongo que realice un dibujo o un trabajo para expresar cómo se siente hoy, me dice: pero yo no sé dibujar, le digo como tantas otras veces no importa. Le muestro los materiales, y comienza a sacar las temperas, saco una hoja de block tamaño medio, y le ofrezco también cartulinas de colores y una variedad de papeles que mira y elige un papel color celeste del mismo tamaño que el block y decide trabajar con goma eva, que le llama la atención, me dice, no la conocía ¿cómo se llama?, elige láminas de color verde, celeste y rojo. Comienza por pedir tijeras y recorta una figura en color rojo, la deja a un lado para recortar un trozo de color verde y otro de color celeste, los mira y

me dice ¿tiene pegamento?, lo saco de mi caja de materiales y la ayudo a poner el pegamento para colocar las piezas donde ella va señalando.



Fig. 8.1 Sesión N 8

Primero pega el trozo de goma eva verde sobre el fondo celeste escogido, a éste le corta a un costado lo que identifica como árboles, que pone en posición vertical respecto de la hoja, encima de éste pone la figura color rojo y dos ramas de árbol cerca de ella. Me pide goma eva color negro para poner los ojos y color fucsia para los labios, agrega como cielo un trozo celeste (parece no notar que la hoja elegida de fondo es de ese color). Y sobre éste un círculo amarillo que al verlo siente que está incompleto y pide ponerle los rayos.

El sol quedo muy lindo me dice, aquí estoy yo, tranquila en un prado debajo de los arboles con un cielo celeste y el sol.



Fig. 10.1 Sesión N 10

**Análisis de la sesión:**

La elección esta vez son papeles y láminas de goma eva en las que trabaja con tijera, nivel kinestésico, elige los colores de acuerdo a lo que tiene en mente, nivel perceptivo y cognitivo logrando crear una representación de su estado de ánimo actual, nivel afectivo y creativo. La paciente colabora en el desarrollo de las actividades con interés y esfuerzo, logrando realizar una figura claramente reconocible del sol y de la figura humana, también hubo un intento de levantar (tridimensionalidad) un árbol con la goma eva utilizada, aunque el material no la ayudó. Me parece que todavía el eje central de su obra, estuvo levemente inclinado hacia el lado derecho, aunque no se aprecia el desbalance de las sesiones iniciales. La representación de su estado de ánimo como ella lo describe es de tranquilidad, en contacto con la naturaleza, con sensación de paz en este día despejado simbolizado en su obra.

**V.5.3.- Fase Final.** Sesiones 11 a 16. Incorporándome a la vida

**Garabatos**

Después de la sesión anterior tuvimos supervisión, donde fuimos revisando el proceso de mi paciente hasta este momento y puedo ver cómo ha ido avanzando desde una persona con una hemiplejía, hemiparesia izquierda, negligencia del mismo lado e incluso problemas visuales del mismo lado a pesar de la indemnidad de la vía, hacia una persona que poco a poco ha ido incorporando su hemicuerpo izquierdo y en el hacer de arte ha sido muy claro esta incorporación del lado izq. como parte del todo. En este incorporar han ido apareciendo algunas emociones como rabia o pena, asumiéndolas como parte del difícil proceso de recuperación de su accidente vascular encefálico.

Hoy la Sra. X esperaba a la hora convenida, sentada en su silla de ruedas cerca de la ventana. Es un día primaveral, un poco caluroso, la luz del sol entra a raudales por la gran ventana levemente entreabierta, la TV está encendida, pero la Sra. X, dándole la espalda, come una colación apoyada en su mesa lateral. Nos saludamos, me pongo el delantal de aislamiento y los guantes, mientras me cuenta que se ha sentido bien, que le dieron la prórroga solicitada para continuar la rehabilitación en la clínica durante 6 semanas más.

Me dice: me alegró pero también me agobió, permaneceré aquí hasta el 14 de Enero y me abrumó el saber que en las fiestas de fin de año todavía estaré aquí. La navidad la pasaré con mi hermano Jorge, es el menor de los seis y yo lo quiero mucho, tenemos 18 años de diferencia.

Yo iniciaba mi carrera de enfermería y nació mi hermano, siempre fue mi protegido.

Pregunta, ¿qué haremos hoy?, le digo: ¡hacer garabatos! Me mira con cara un poco desconcertada, le digo se acuerda que cuando niña podía “garabatear” en una hoja de papel, hacer rayas como salieran..... pues eso haremos hoy.

Como plantea Malpartida (2010), Margaret Naumberg fue la primera en colocar bases conceptuales al uso del garabato en psicoterapia, planteando entre otras cosas que éste sería un intento de liberación de lo inconsciente por medio de la proyección de imágenes. Concuerta con otros teóricos en arteterapia, en relación a que todos poseemos la capacidad de crear y de expresar conflictos en forma visual. Como ya se ha mencionado las imágenes escapan a la censura o represión de un modo que las

palabras no pueden hacerlo. De este modo el paciente puede movilizar hacia afuera contenidos y formas aquello que se encuentra contenido. "Dibujar garabatos es principalmente una actividad kinestésica, pero cuando una persona percibe una imagen en las líneas entrelazadas de dibujo, el componente perceptual de la ETC se acopla. Centrándose en la estructura, se puede ayudar a los pacientes a formular sus pensamientos y sentimientos acerca de un acontecimiento o sentimiento", Hinz (2009).

Coloco una hoja de block tamaño pequeño enfrente de ella sobre la mesa, le pido que coloque su nombre en el centro y que comience a garabatear (durante más o menos un minuto). El nombre lo escribe con letra insegura y de tamaño muy pequeño. Comienza a garabatear cerca del nombre, en el lado izquierdo de la hoja. Lo hace con trazo firme, a ratos más cargado y poco a poco raya casi toda la hoja.

Al terminar le pido que observe la hoja y que me cuente si ve alguna figura que reconozca, comienza a observar diciendo: hay una flor y unos peces (le pido me los muestre), también veo unos huevos que pueden ser como protección (estos están alrededor de su nombre).

Ve una culebra, no me gustan, son de aspecto escamoso, pero hay algunas que no son malas, veo un edificio, tiene prados y una piscina, más allá una fuente con frutas y por ahí veo los dedos de una mano.



Fig. 11.1 Sesión N 11

### **Análisis de la sesión:**

El garabato se desarrolla inicialmente como una actividad kinestésica, sin embargo cuando la paciente puede ver imágenes en los garabatos dibujados, aparece el componente perceptivo. En este nivel el paciente está inmerso en un momento de su proceso creativo, para luego tomar distancia y reflexionar observando lo creado e interpretándolo. De esta manera se estimula su capacidad de observación, su capacidad de percibir cosas, y su capacidad de expresarlas verbalmente. El componente afectivo se observa, al manifestarse las emociones que despiertan las imágenes percibidas por la paciente, siendo importante en este caso hacer consciente los temores que se hacen presente en la imagen de la culebra, a la que teme, pero también se hacen presentes otras emociones asociadas para ella a cosas positivas.

También podemos ver presente el componente cognitivo puesto que se han activado procesos de pensamientos analíticos y lógicos al realizar de las abstracciones realizadas en el papel la interpretación verbal observada.

Me ha sorprendido su capacidad de ver en lo abstracto, más aun considerando que no hay color. Demuestra una gran flexibilidad al realizar el ejercicio, lo que me parece que puede reflejar su flexibilidad mental. Respecto de los contenidos observados, al ver su persona (nombre) protegido, hace sentido por el apoyo que ella percibe de su familia y amistades. La referencia a elementos más bien concretos como edificio, prados, piscina y fruta me parece que muestra añoranza por su hogar y el peligro de su situación actual simbolizado por la culebra.

La “no rigidez” observada en este ejercicio en la Sra. X, me parece que puede favorecer su rehabilitación, al mostrarse bien dispuesta a intentar lo que se sugiera como conveniente para su recuperación en el área de la Neurorehabilitación planteada por el equipo de la clínica.

Como expresa Leslie S. Greenberg y Sandra C. Paivio (Leslie S Greenberg, 1997), “Sentirse con derecho a la propia tristeza o enfado nos hace sentir más poderosos y cambia la sensación interna que uno tiene de sí mismo. Este cambio interno, al permitir aceptar los sentimientos, se traduce en una nueva sensación de confianza y fortaleza, así como en una relación de mayor contacto con el entorno”.

**Mi paseo imaginario**

Como siempre mi paciente está en su habitación, sentada en la silla de ruedas cerca de la ventana, tiene muy cerca la mesa auxiliar, la saludo y noto que está hablando por teléfono así que en silencio me preparo, me pongo el delantal, los guantes y dispongo los materiales que usaremos sobre la mesita. Han bajado una cortina roller blanca que hasta hoy no había notado, cubre la mitad de la ventana, por la otra mitad se ve un jacaranda frondoso en flor, hermoso. Mientras la espero recuerdo la supervisión de la semana donde revisamos la sesión anterior y me sugieren continuar con la técnica del garabato, dándole continuidad a las proyecciones de la paciente.

Después de un momento la Sra. X cuelga y me dice estaba hablando con mi hija mayor, y enseguida pregunta ¿qué haremos hoy? Le digo primero cuénteme, ¿se acuerda de lo que hicimos la vez pasada? Me dice si, garabatos. Y le digo bueno hoy haremos lo mismo. Coloco la hoja de block de tamaño medio enfrente de ella, sobre la mesa y a su lado los lápices scripto de variados colores. Ella toma el lápiz azul para comenzar, garabateando con soltura en la hoja líneas más bien curvas y especialmente al lado izquierdo de la hoja, para luego desplazarse al resto.

Continúa luego con verde, amarillo y finalmente morado dando por terminado el trabajo. Le pido, obsérvelo con detención y cuénteme que ve. Lo primero es una flor, luego dos pequeños peces, un huevo, una ballena y un pozo de donde sale agua, imágenes que vamos remarcando, todo esto mientras observa calmadamente y vamos girando la hoja en distintas posiciones hasta que me dice ya no veo nada más.

Mientras la Sra. X trabaja observo como va tomando los distintos lápices scripto, sacándole la tapa con la mano izquierda y me parece que ya se maneja muy bien, ha recuperado su movilidad y fuerza. Su coordinación y su motricidad fina le permiten trabajar sin dificultades.

Al finalizar esta etapa le pido que con las figuras identificadas arme una historia, cierra un momento los ojos y comienza: “Jorge fue en un bote a un lugar donde se veían claramente los peces y a lo lejos se veía una ballena, al bajar del bote le dio sed y fue a la noria a sacar agua y a refrescarse en el agua que caía de la noria. Como le dio hambre y llevaba huevos duros se los comió y al observar el prado, vio que había hermosas flores. El campo es hermoso y corren caballos”.

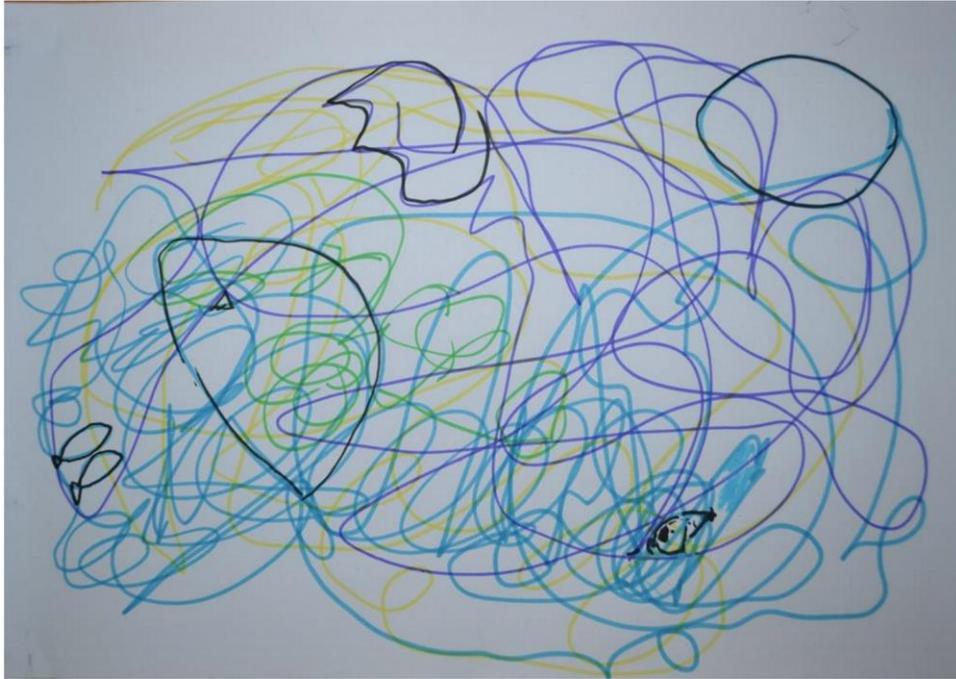


Fig. 11.2 Sesión N 11

Luego de su historia la veo con muchos deseos de conversar y aún nos queda un momento de modo que me cuenta un poco más de su familia y le pregunto ¿cuáles cree que son sus cualidades?, se detiene un momento pensativa y me dice: “soy optimista, fuerte, autónoma, sociable, conciliadora, cariñosa y paciente”. Le digo ..y después de su accidente vascular encefálico creo que además podemos agregar otras cualidades como esforzada, perseverante, en realidad es resiliente, sonrío y mueve su cabeza afirmativamente.

**Análisis de la sesión:**

Respecto de los componentes de continuo de terapias expresivas, referirse a la sesión anterior pues se realizó el mismo tipo de ejercicio.

En este ejercicio de garabato, ahora con la incorporación de colores, muestra una gran capacidad de abstracción y especialmente una muy buena narrativa. Los colores utilizados son llamativos alegres, el trazo es continuo, firme, sin titubeos. Ocupa la hoja armónicamente, casi en su totalidad y logra realizar una historia coherente y significativa con los símbolos por ella percibidos. Una vez más está presente su familia, Jorge, uno

de sus hermanos más queridos rodeado de símbolos como el agua clara, un lugar abierto, hermoso, rodeado de flores y donde tiene aquello que necesita para vivir. Ella tiene especial afecto por este hermano que es casi como un hijo pues ayudo a criarlo, y con quien desea pasar las fiestas de fin de año. Al tener esta visión positiva se manifiesta el apoyo y cariño de él y su familia.

Malpartida D., nos dice que la obra es el lugar de encuentro entre el arteterapeuta y el analizado, así lo he sentido especialmente en esta sesión. Continúa diciendo: “la serie de imágenes que alguien puede crear son representaciones de sí mismo. El espejo no es el analista, sino las producciones artísticas que comienzan a develar sus profundas motivaciones. Respecto de la fantasía de la obra, Freud decía que combinaba “el pretérito, el presente y el futuro”, que aparecen engarzados en el hilo del deseo que pasa a través de ellos”. Así mismo la paciente sin considerar el tiempo en su linealidad, ha logrado penetrar en su mundo interno desde donde ha podido proyectar temores y anhelos.

Debo agregar que me parece importante resaltar que las cualidades que reconoce en ella misma son muy positivas y que reflejan a una mujer segura de sí, esta positiva auto imagen favorece, estimula y potencia sus afectos y le da un mayor sentido a su rehabilitación.

**Mis seres amados**

Hoy la Sra. X me espera, está comiendo un postre como colación sentada en su silla. La pieza está con la cama ordenada y ella está cuidadosamente vestida y con los labios pintados de un color rosado suave y con su cabello muy peinado, sonriente, nos saludamos, mientras termina de comer dispongo los materiales en la masa auxiliar.

Comienzo recapitulando, le muestro su trabajo de la sesión pasada, mirando sus “garabatos”, me dice “si me acuerdo”, me repite las cosas remarcadas en la figura y le pregunto, ¿se acuerda también que hizo una historia con ellas?, me mira un poco extrañada y me responde, no! Se la leo y me reitera, “no me acordaba”. Le pregunto ¿quién es el Jorge de su historia?, sin dudarle me dice, mi hermano, me cuenta: justo tuve un problema con él, pues me invitó a pasar la navidad en su casa, además, su hija es mi ahijada, él tiene tres hijas, yo le tengo mucho cariño, de mis hermanos a él es a quien le va menos bien, por eso además, lo elegí a él, pero mi hermana entendió que tenía problemas para recibirme y entonces ella me invitó, pero todo fue un mal entendido, hoy me llamó Jorge y me contó que trasladó una cama al primer piso para mí. Más tarde llamaré y le avisare a mi hermana que pasaré con Jorge. Al escuchar la historia me parece que había estado pensando en su hermano, pero no lo recordaba.

Le digo, también estuvimos conversando acerca de sus cualidades y le pregunto, ¿recuerda alguna?, me dice sí era: optimista, fuerte, autónoma, sociable, conciliadora, cariñosa, paciente y le recuerdo que además se sumaban cualidades como esforzada, perseverante, resiliente y que acepta la realidad, haciendo los esfuerzos para modificarla.

Hoy trabajaremos haciendo un collage, que es una forma de ingresar a los recuerdos y en consecuencia a nuestra propia historia, reconstruyendo parte de esta o bien mostrando nuestras fantasías. Lo relevante de esta técnica es que de inmediato nos relaciona con elementos que están ahí afuera y que son significativos para nuestra subjetividad como nos plantea Malpartida D., Adentro y afuera son una misma cosa, porque en rigor no hay nada afuera, porque al descubrirlo ya está adentro y porque algo dentro de nosotros encontró un idéntico “afuera”. Para ello he traído una gran variedad de imágenes recortadas, que vamos revisando y al encontrar alguna significativa para ella, la dejamos aparte. Luego de ordenar, la Sra. X retoma las imágenes seleccionadas

y eligiendo una hoja de block grande las va acomodando tentativamente, las observa y cuando se siente más segura me pide que le ponga pegamento para ir fijándolas, así poco a poco va armando su collage.

Luego me comenta, siento amor al pensar en mi madre presente, también algo de tristeza porque ella ya no está. La imagen primera representa a la familia, a mis padres les gustaba mucho reunir a la familia, a veces nos juntábamos como 36 con nietos y hermanos. A mi papá le gustaba sacar fotos.

La imagen de abajo son mis padres juntos, mi papa era mal genio, pero se le pasaba rápido, nunca nos pegó. Al lado estoy yo y mis hijas corriendo, felices, contentas, mi marido fue un buen padre cuando las niñas eran pequeñas. Luego, el caballo representa algo que me hubiera gustado, la libertad y el estar sola (me gusta), el avión es el viaje que viene. Gran parte de mi vida fue en soledad, (se le humedecen un poco los ojos) pregunto: ¿le da pena?, si, siento pena, me hubiera gustado tener una relación de pareja positiva, con apoyo, no estar sola. En la imagen contigua me dice: mi marido gritando, es un poco agresivo, allí estoy yo sola y con mucha pena, también estoy yo tapando mis oídos para no escuchar. Al lado está una imagen de la familia ideal, es lo que me hubiera gustado tener, él fue un buen padre en esa etapa de la vida, cuando las niñas eran chicas.



Fig. 13.1 Sesión N 13

### **Análisis de la sesión:**

Desde el punto de vista del continuo de terapias expresivas, en esta sesión el énfasis ha estado en el componente cognitivo puesto que se han requerido habilidades para clasificar los materiales propuestos, planificar, tomar decisiones y secuenciar eventos en el tiempo. Todo esto ha permitido estimular la memoria y las funciones ejecutivas de la paciente.

Al seleccionar las imágenes y hacer asociaciones con su propia familia la paciente está trabajando en el nivel perceptivo y afectivo, y al realizar la narrativa sobre el trabajo realizado, se ha trabajado en el nivel simbólico.

Por otro lado en esta sesión hay varios aspectos que me parecen importantes, la primera que queda en evidencia, al no recordar parte del trabajo realizado durante la sesión pasada, es que existen problemas de memoria.

Sin embargo, es muy relevante que pueda reconocerse en las cualidades descritas por y de ella misma, considerando un antes y después de su accidente vascular encefálico, todas ellas positivas. Sin duda es una mujer fuerte, resiliente que ha sido capaz de ir aceptando su realidad, trabajar en ella con mucho ahínco, en la esperanza de cambiarla hasta donde le sea posible. También ha sido importante como ha ido logrando expresar y manifestar sus emociones a través de su terapia. El collage ha servido para reflejar su mundo, le permitió destacar eventos pasados en que recordó a su padre con la disciplina que él imponía, sin castigos. También recuerda la infancia de sus hijas y al padre cariñoso que fue su marido así como su sentimiento de soledad al no tener una relación de pareja como ella hubiera deseado. Poder revisar estas vivencias me parece la reconcilia con el pasado, poco a poco su rabia y pena se diluyen, no dejan de existir, pero le permiten tener una actitud de paz y esperanza en el futuro.

Cuando habla y reconoce en una imagen una “familia ideal”, se reconoce ella en una familia “no ideal”, sin embargo logra con todo sentir que es lo que tiene y ha tenido, por lo tanto su sentido de pertenencia en su familia está presente, con sentimientos encontrados pero aceptados y comprendidos de la mejor manera.

**Volumen, no!**

Como las otras veces la Sra. X me espera en su habitación, la habitación está limpia y ordenada, ella en su silla de ruedas sentada cerca de la ventana, la pieza un poco calurosa. Saludo entrando y ella me responde amablemente. Retiro de la mesa de apoyo que tiene cerca, el pocillo de la colación que se sirvió previamente y ya terminó.

¿Se acuerda de lo que hizo la sesión pasada?, pregunto, si me dice, hice un collage nombrándome algunas de las cosas que recordaba. Bien. Le cuento hoy ocuparemos masa de porcelana y trataremos de hacer alguna figura, la que Ud. quiera. Le recuerdo que la vez anterior que usamos greda y plastilina realizó figuras más bien planas que colocó en una hoja, pero esta vez trataremos de hacer algún volumen.

Como expresa Liza D. Hinz en ETC, el nivel sensorial del continuo de terapias expresivas puede ser un inicio en el trabajo terapéutico cuando la experiencia sensorial evoca o reconstruye recuerdos, es por ello que previo al inicio del trabajo le paso una esfera de cerámica decorada, le pido que la tome y cerrando los ojos la describa, me dice es una esfera y esta fría, es suave, tiene un orificio que sirve para guardar algo. Pregunto, ¿lo siente con ambas manos igual?, sí me responde.

Luego le doy una pequeña escultura de una figura humana sobre una roca, para que de igual manera reconozca con el tacto, ella cierra los ojos y comienza a deslizar sus manos sobre ella, es pesada me dice, tiene partes ásperas, también esta fría. Continúa repasándola con sus manos pero no agrega nada más. Al dar por finalizada su exploración le entrego masa de porcelana en frio, le entrego un trozo grande del que toma un trozo mediano para iniciar su trabajo, lo amasa, mientras yo la observo, se ve concentrada, el ceño fruncido y la lengua afirmada entre sus labios. Comienza a darle forma circular y un poco aplanada a la masa, poco a poco la sigue aplanando con los dedos, la coloca luego sobre la mesa y continua tratando de formar algo, pero siempre aplastándola contra la mesa, cuando da por terminada su figura me dice es una mujer con su bebe, mostrándome la masa plana contra la hoja. Le pregunto, ¿recuerda que íbamos a hacer hoy?, me dice “si, algo con volumen”, sin otro comentario le vuelvo a pasar otra bola de masa, se queda mirando por la ventana por lo que le pregunto, ¿qué se ve desde aquí?, “las casas y árboles” me dice, qué le parece que copiemos la figura de la casa ( es una imagen triangular), e intenta dar esa forma a la masa, toma otro

trozo y comienza a amasarlo, trata de darle forma triangular y le muestro como lograrlo, me mira, pero como si no comprendiera, se ve cansada, muy cansada, lo intenta sin lograrlo, pues nuevamente comienza a aplanar. Ya está bien le digo seguiremos la próxima sesión. Deja la masa a un lado, cierra los ojos, mientras comienzo a guardar y ordenar los materiales, a los poco minutos siento que la Sra. X dormita, ¡realmente estaba agotada!, Al parecer el esfuerzo realizado fue extenuante.

Me saco el delantal, me lavo las manos y le hablo para despedirme, abre sus ojos y me dice la próxima sesión trabajemos con volumen. OK le digo ahí seguiremos trabajando, y me voy 5 minutos antes de la hora.



Fig. 14.1 Sesión N 14

**Análisis de la sesión:**

Se inicia el trabajo en el nivel perceptivo, al palpar con los ojos cerrados el material traído para ello, lo describe concentradamente, para luego dar inicio al trabajo con masa, nivel kinestésico. Al interpretar la imagen está presente el componente simbólico y creativo, sin embargo se puede apreciar claramente dificultades para lograr la tridimensionalidad que ella inicialmente deseaba, a pesar del esfuerzo desplegado.

Me parece que para la paciente esta sesión fue realmente agotadora, sé que ella realizó un gran esfuerzo de reconocimiento primero y luego al intentar realizar una figura tridimensional que sin embargo no pudo concretar, a pesar de sus deseos de lograrlo. Creo que parte del daño aún persiste.

Para mí como terapeuta, debo decir que la situacional tiene una doble lectura, por un lado me permite valorar todos los avances que hasta ahora ha logrado la paciente, pero también comprendo las limitaciones que en ella persisten.

**Mi hermosa ahijada**

Llego 5 minutos antes de la hora de la sesión y la Sra. X está concentrada en el rincón cerca de la ventana, sentada en su silla de ruedas arreglando unos paquetes, la saludo, me acerco y me dice estoy ordenando mis regalos, (se acerca la Navidad), encargué que me compraran, tiene un lápiz de mina y ha ido poniendo los nombres en ellos, la ayudo a terminar la identificación, los coloca en bolsas plásticas que luego guardo en un pequeño closet, al acercarse a éste me cuenta que ha ido comprando los regalos para sus sobrina, ahijada, hermanos y otros familiares, también para alguna auxiliares de enfermería que me cuenta han sido muy amables y solícitas con ella. Nos acercamos a la mesa de trabajo y de pronto recuerda algo y se le ilumina su cara, contenta, me dice: “¡logré pararme!”, hoy en la sesión de ejercicios la terapeuta me paso sus manos y me dijo párese, yo creí que no podría, pero sí, lo hice, fueron solo unos minutos pero me pude parar!. Ella me explicó que podría caminar, pero en forma limitada, tal vez una cuadra pero no más, en este momento es una noticia maravillosa, estoy feliz y debo seguir con los ejercicios para lograrlo. Me cansé mucho, mis piernas están débiles pero fue muy emocionante.

Me cuenta que el domingo que viene la vendrán a buscar para llevarla a votar, con estas noticias se ve realmente bien, de un ánimo excelente y se dispone a trabajar. Recordamos la sesión anterior y le propongo que intentaremos hacer algo con volumen como habíamos acordado, pero esta vez con telas. Le presento varios trozos de tela de diferentes diseños y colores, elige una y me pide que le corte un trozo rectangular, lo envuelve sobre sí mismo formando un rectángulo con un poco de volumen, lo observa y me dice está muy plano, ¿qué podemos hacer?, le digo, y ¿si ponemos más tela adentro? Así lo hacemos, se muestra conforme y me pide que con lana le amarre un extremo firmemente, este será el cuello, luego me pide ayuda para poner otra amarra en el centro de su rectángulo, me pide que esa amarra sea suelta y trata de abrir la tela hacia abajo, me dice este es el vestido, pero lo mira no muy satisfecha del resultado, ¿podríamos hacer mejor una falda?, bien, cortemos un trozo de tela y me lo muestra, lo corto y le sugiero fruncirlo de un lado con lana, se lo muestro, y feliz me dice sí, va a quedar bonito. Paso lana por un extremo y se lo entrego. Ella va probando como colocarlo y lo pone en la mitad del rectángulo a modo de pollera. Dice “ahora haré la cabeza”, elige una tela con tonos rosados, me pide que se la corte y toma otro trozo de

tela para dar volumen, lo envuelve tratando de hacer una esfera, no le gusta, queda muy irregular. Me acuerdo que tengo la masa de la sesión pasada y le sugiero intentarlo, toma un poco y realiza con sus manos una esfera con ella, que luego coloca sobre el rectángulo de tela ya hecho, que es el cuerpo tratando de fijarla en el centro, pero no se fija, lo mira un momento concentrada, pensando y decide colocar la bola en el centro del trozo de tela rosada, lo envuelve y tenemos una cara, me pide ayuda para amarrar la tela con lana para fijarla y la amarra, es el cuello. Trata de armar las dos partes, pero ambas están ya amarradas y no puede unirlas, lo piensa y me pregunta y si desamarramos ésta, mostrándome el cuerpo, bien, le digo ayudando a hacerlo, para luego poner ahí la cabeza y volver a amarrar, formando así el cuerpo que mira diciendo, le faltan los brazos. Toma un trozo de tela con el que hace un cilindro envolviéndolo sobre sí mismo, “si amarramos aquí, tiene manos” me dice y así lo hacemos para luego fijarlos al cuerpo con una puntada con lana y pienso, logró una pequeña muñequita. Pero le falta definir la cara, me pide un lápiz de color negro, le dibuja ojos y boca, esta última queda un poco ladeada y trata de mover la cara, pero ya no se puede, está como para el lado me dice pero no importa. Me pide un lápiz rojo y remarca la boca, como parece una boca abierta le digo, parece que está cantando, se ríe y me dice “si, está cantando”, la observa y me dice “que linda quedó!”



Fig. 15.1 Sesión N 15

Le pregunto ¿cómo se llama? Responde con seguridad “Catalina”. ¿Es una niña?, no, es una lola, tiene 12 años. Cuando nació era muy linda, pero como hasta los dos años no caminaba, ni hablaba, es la hija de mi hermano y yo los ayude para que le hicieran los exámenes y la trataran, les dijeron que era autista, por mucho tiempo estuvo en tratamiento, pero ha ido a la escuela en forma normal y ahora es una niña enorme, mide cerca de un metro ochenta, es una niña en cuerpo de grande, y es mi ahijada. A ella le tengo 2 regalos.

Se nos ha pasado rápido la hora y debo irme, me despido y me pregunta, ¿te veo la otra semana?, si le digo, será nuestra última sesión.

**Análisis de la sesión:**

En esta sesión la paciente transita por todos los componentes del continuo de terapias expresivas, trabajando con tela y armando una figura humana en sus diferentes partes, cara, tronco y extremidades. A través del vestuario logra darle apariencia femenina y un rostro en el que dibuja ojos, nariz y boca, y todo esto obteniendo una figura en volumen. Un logro muy importante y significativo para la paciente, quien ha trabajado de manera perseverante y esforzada en todos los aspectos que involucran su rehabilitación.

Quiero destacar el vínculo terapéutico que se ha logrado, donde existen claros signos de su confianza, como su alegría al decir que “hoy se paró”, decir que “irá a votar”, su lucha por finalmente visualizar la muñeca, la que asocia con su nieta, su ahijada, el vínculo donde ella puede comunicar, decir que está optando por la vida y que con todo la vida la hace feliz. Para mí como arteterapeuta también es una satisfacción y una alegría poder apoyar a la paciente en este camino hacia su recuperación y especialmente en que no solo vea sus logros, sino en su opción por lo vital. Poder observar como a través de los materiales de arte, se logró en forma paralela apoyar su neurorehabilitación, y como logramos establecer un vínculo a través del cual se alcanzó un espacio de contención para la expresión de sus temores, alegrías, anhelos y esperanzas.

**Cierre**

Hoy es nuestra última sesión, la Sra. X me espera en su habitación, se alegra al verme, nos saludamos y le explico que me han facilitado la sala de reunión de los pacientes y sus familiares, que estaba disponible, y que allí expondremos para nosotras todos sus trabajos. Digo para nosotras puesto que anteriormente le di la opción de que este cierre, podría ser en un lugar privado, o en uno más público, como el hall de entrada de la clínica, pero ella prefirió el primero. Yo he llegado antes de la hora fijada para nuestro encuentro y retiré los cuadros de una de las paredes y he colocado sus trabajos, siguiendo el orden de las sesiones, para, espero, poder apreciar los cambios en este proceso. La psicóloga coordinadora y otros profesionales que la atienden están en conocimiento, así que tal vez nos visiten más tarde.

La llevo en su silla de ruedas a la sala preparada, recorre con la vista todas sus obras, reconoce el orden en que se fueron desarrollando y me dice “se ve como fui cambiando”, la noto contenta, emocionada, orgullosa. Yo también me siento contenta con sus logros y me admira su fuerza, su fortaleza y decisión de salir adelante. He visto como sesión a sesión se ha ido fortaleciendo su cuerpo, adquiriendo nuevamente el control de su lado izquierdo, ha vuelto a dar pasos con un esfuerzo digno de admirar. Le manifiesto mi admiración por todo ello, además de alabar sinceramente todo lo que ha logrado en estos meses. Pero aún más notable es que paralelo a la recuperación física tan evidente, ha ocurrido en nuestra terapia, el reconocimiento de sus fortalezas, que le han permitido tomar una clara opción por la vida.

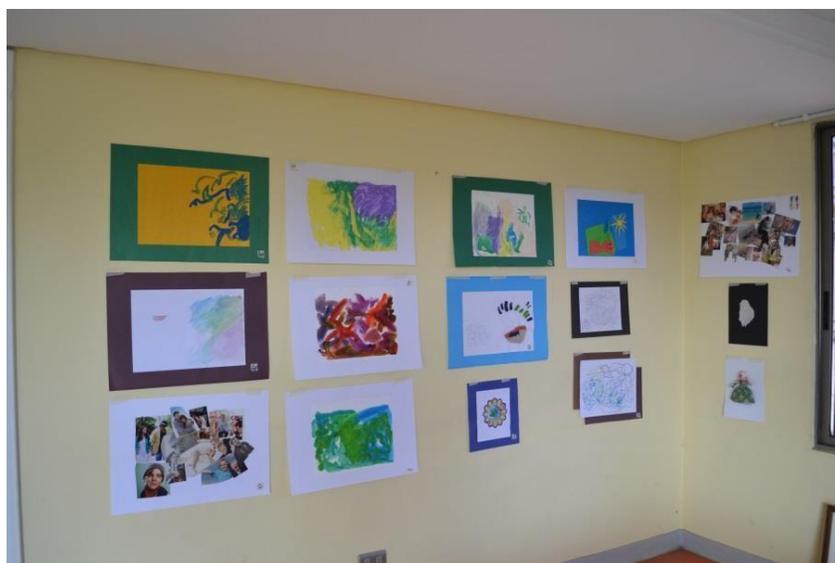


Fig.16.1 Sesión N 16

En este proceso donde su rehabilitación física fue lográndose paso a paso gracias a su tenacidad y esfuerzo, se fueron dando cambios tan importantes como la recuperación de su hemi negligencia izquierda y su hemiplejía del mismo lado, recuperando el movimiento en el lado afectado, de gran importancia para ella para poder lograr ser autovalente en su vida cotidiana. Pero aunque invisible, no menos importante, se fue dando un espacio donde se sintió acogida, contenida, permitiendo que pudiera explorar su mundo interno. En este fue re – viviendo situaciones de su infancia, la infancia de sus hijas, su matrimonio, su vida profesional, su vida actual y futura.

Mientras nos encontramos en la sala nos visita su kinesióloga, la psicóloga coordinadora y la terapeuta ocupacional, todos ellos involucrados en su rehabilitación. Luego de ver lo expuesto le manifiestan la admiración por sus obras y refuerzan los avances por ella realizados.

Lamentablemente, su médico tratante, a pesar de que fui a buscarla e invitarla especialmente para la muestra, ocasión tan importante para la Sra. X, no pudo asistir.



Fig. 16.2 Sesión N 16

Una vez que estamos nuevamente solas, me afecta que nuestras sesiones lleguen a su fin, creo que ha nacido entre nosotros un sincero afecto, hemos recorrido juntas una parte de su camino, en el que tal vez como colegas hemos tenido un lenguaje y una empatía mayor.

Cuando nos han dejado solas, le pregunto: ¿qué le gustaría hacer con sus obras?, lo piensa un momento y me dice: “no estoy segura”.

¿Qué le parece elegir las que más le gustan?, le pregunto, me dice ya!. Recorre con la mirada sus trabajos y me va señalando aquellos que quiere llevarse, una vez que ha elegido los descuelgo y se los voy entregando, se queda pensativa mirando el collage que hizo primero y me comenta: ¡qué triste estaba!, por eso me gusta tanto el último collage que hice, y me lo llevo, ahí estoy contenta y con todos los que quiero.



Sin crisis no hay méritos  
Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada uno,  
Porque sin crisis todo viento es una caricia.  
Albert Einstein

## **VI.- REFLEXIÓN Y CONCLUSIONES**

Lo primero que quiero plantear es que a pesar del temor de entrar en un campo nuevo, como es Arteterapia y además, Neurorehabilitación, el resultado ha sido una experiencia enriquecedora. La paciente con la que trabajé, a pesar de su Accidente Vascular Encefálico, no tenía afección del habla y como mencione antes, era Enfermera, lo cual creo, facilitó el paso inicial al tener un mundo profesional previo que compartir. Esto nos permitió ya en nuestra primera sesión, compartir nuestras experiencias profesionales, facilitando el establecimiento de nuestro vínculo. Ella fue una persona activa, alegre, locuaz, afable, que manifestó muy buena disposición a la terapia.

En la primera etapa en que la Sra. X por su Accidente Vascular Encefálico, tenía Hemiplejia y Hemiparesia del lado izquierdo de su cuerpo y según mi parecer elementos depresivos, me pareció extraordinario su coraje y resiliencia, su disposición a dar lo mejor de sí, en la lucha por recuperar lo perdido. Esta actitud fue lo que realmente más me impactó.

En la primera sesión quedó en evidencia que tenía negligencia del lado izquierdo, vale decir no había conocimiento de todo lo que se encontraba a su izquierda, como su hemicuerpo. En el caso de los trabajos realizados no fue capaz de percibir la mitad de la hoja de ese lado, no es que no la viera por un problema visual, sino que simplemente le resultaba mentalmente inexistente. En su caso la vista no sufrió daño, pero la zona cerebral dañada no permite que esta información sea procesada y por tanto no hay conciencia de ella. Durante las primeras sesiones se repitió el mismo hecho, a pesar de llamar su atención para hacerle notar lo ocurrido, no se observaron cambios en su comportamiento.

En la cuarta sesión le solicité que utilizando el tacto (sentido táctil – háptico), reconociera la hoja de block con la que trabajaría, ella realizó este acto de manera

concentrada, repitiéndolo hasta “sentir” la hoja, y al realizar su trabajo como era habitual, lo inicia hacia el lado derecho pero.... una vez completado este lado avanzó hacia el lado izquierdo.... Fue un resultado sorprendente.

En estudios de V. Lusebrink se ha concluido que el cerebro posee áreas y funciones especializadas para distintas tareas. Los estímulos perceptivos son procesados en su mayoría en forma paralela e inconsciente, aunque parcialmente guiado por la cognición a través de la atención selectiva. Las estructuras cerebrales proveen diferentes vías de acceso y procesamiento para la información visual y para la activación de las memorias, punto en el que las terapias de arte pueden cumplir un importante rol, al utilizar estas vías y/o al activarlas a través del quehacer del arte.

Lusebrink menciona de especial interés para las terapeutas de arte, la percepción a través del tacto y el sentido háptico. El sentido del tacto activa sensores que responden a la presión, vibración, enfriamiento y calentamiento. El sentido háptico, a través de la musculatura y las articulaciones, ayuda a percibir la forma, peso y dureza de un objeto. También percibimos textura al experimentar las vibraciones por el movimiento de la piel sobre una superficie, todos estos aspectos de tocar y percibir involucran, además, emociones al ser estimulada la amígdala desde la corteza somatosensorial primaria.

El trabajo de Neurorehabilitación basado en el Continuo de Terapias Expresivas (ETC) permite correlacionar lo narrado previamente: la acción solicitada de reconocer a través del tacto, con la estimulación del nivel kinestésico/sensorial, como también del nivel perceptivo/afectivo y aun cuando no puedo aseverar como es que se da este proceso, puedo suponer que se produjo una secuencia de re-activaciones a nivel cerebral que permitió superar la negligencia existente.

Sin embargo, me pregunto ¿esta recuperación que incorpora la información somato – sensorial de su lado izquierdo a la información global ¿tendrá alguna relación con la expresión de algunas emociones?, según Lusebrink los medios táctiles también probablemente estimulan respuestas emocionales.

Durante el proceso arteterapéutico realizado se pudo observar a la paciente explorar diferentes materiales, logrando a través de ellos expresar sensorial, afectiva y simbólicamente su mundo interno. Durante el proceso quedó de manifiesto la presencia de conflictos de pareja de larga data, que aunque su deseo era remediarlos, por diversas razones (pena, culpa y otros), no lo había logrado. Durante el curso de esta

terapia de arte, la hija tomó la decisión de hablar con el padre para lograr que la separación se llevara a cabo, este hecho fue de gran importancia para ella, sintiéndose comprendida, apoyada, pero también se sintió liberada de la carga de este problema, y sobre todo de la culpa que sentiría si tomaba ella la decisión. Desde este momento se sintió libre de planificar su futuro como ella lo anhelaba.

De esta manera podemos decir que al lograr cambiar la comunicación dentro de nosotros, asociando nuevas imágenes a nuevas ideas, estaremos realizando nuevas asociaciones que nos llevaran por nuevos caminos o conductas. Lo aprendido se puede re-educar como establecen los estudios de neurociencia, donde la plasticidad de nuestro sistema nervioso central está ya demostrada.

La Sra. Ximena además, en el proceso pudo re-crear a través de los trabajos realizados, las distintas etapas de su vida, desde la infancia, rememorando y plasmando símbolos, y la narrativa que permitió ir descubriendo un mundo de mucho cariño y amor.

Del mismo modo evidenció su mundo profesional, que tantas satisfacciones le había producido, como con esfuerzo y perseverancia fue avanzando en el campo de la Epidemiología hasta llegar a ser docente en la Universidad Católica, donde jubiló, y donde aún era invitada a los eventos realizados allí, que incluían a los docentes retirados. Esto la llenaba de orgullo y satisfacción. En todo este relato siempre detrás aparecían los problemas de diversas índoles con su esposo, al que le atribuía celos por sus logros y falta de valoración.

Debo mencionar que en este proceso, yo como terapeuta estuve atenta a la auto observación, ello me permitió tener más claro cuán transcendental es el tema del vínculo con la paciente, así como la transferencia y contratransferencia, y de cuán importante es que como profesionales de esta área podamos trabajar nuestras propias debilidades y fortalezas.

En cualquier terapia es fundamental el rol de la relación interpersonal entre paciente y terapeuta y la calidad del vínculo entre ambos, es una parte imprescindible en el éxito del proceso terapéutico. Personalmente me he sentido más identificada con la mirada humanista donde ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al paciente, son los tres principios fundamentales que debe tener el terapeuta para que la relación sea efectiva. En este caso particular el vínculo establecido con la paciente fue de confianza, respeto y entrega en pos del logro de su recuperación.

El proceso creativo necesita de libertad y seguridad en la cual desarrollarse. Un ambiente seguro le da al paciente la posibilidad de abrirse hacia lo nuevo y desconocido. Es en este viaje exploratorio donde se puede liberar un caudal libre de ideas, donde la divergencia active la imaginación a veces excluida por la lógica aprendida. Ser y estar creativos en lo cotidiano puede ser un gran logro.

Los terapeutas también necesitamos estas cualidades, pues sin ellas será difícil comprender y experimentar el proceso terapéutico, a la vez que es importante desarrollar estas cualidades en los pacientes.

El crecimiento creativo es un proceso comparable con un círculo abierto, abriéndose en una espiral, donde cada nivel de progreso en el proceso terapéutico tiene un número de etapas que corresponden a las etapas de cualquier proceso creativo: preparación, incubación, insight, verificación.

Cuando el proceso creativo falla en materializar los distintos niveles de la terapia, se crea el llamado círculo Beckettiano, donde se vuelve al mismo punto en la misma línea, en el mismo nivel, se forma un círculo cerrado. En éste, la situación se repite una y otra vez, reproduciéndose el error sin aprender de la experiencia pasada.

La creatividad a su vez ha sido estudiada tratando de comprender su funcionamiento a nivel cerebral. En el año 2005, Alice Flaherty presentó un modelo tripartito del impulso creativo, derivado de estudios a través de escáneres del cerebro.

Ella concluye que el proceso de la creatividad es el resultado de la interacción de los lóbulos frontales, los temporales y de la actividad del sistema límbico.

Los lóbulos frontales son los generadores de ideas, los temporales conducen sus análisis y evaluación, y el sistema límbico/dopamínico incrementa la emocionalidad necesaria para la actividad dinámica de crear. Los tres sistemas, en suma; generan y aplican ideas originales e innovadoras.

Pero se considera que otros órganos, como el cerebelo, participan igualmente de modo activo en el proceso de la creatividad y que sus funciones, por ser menos entendidas, no pueden ignorarse.

Existe por tanto un correlato claro entre indemnidad cerebral y funciones asociadas a ellas. El funcionamiento creativo puede ser mejorado cuando el/la terapeuta ayuda al paciente a examinar y resolver barreras mentales, emocionales y físicas para

desarrollar la expresión artística. La creatividad también es realizada al encontrarse en un ambiente creativo: uno que contenga diversos materiales de arte, que fomente la curiosidad, que aliente a la apertura y estimule todos los sentidos. Además, ayuda el tener sentido de juego, evitando el juicio y el cerrarse prematuramente. Lo que puede emerger de permitir una experiencia de ser uno mismo de esta manera, es un profundo sentido de goce al poder darse cuenta de los talentos, capacidades y potencialidades.

En el caso de pacientes que han sufrido daño cerebral, sabemos por tanto que este daño condicionará el desarrollo del proceso creativo y por ende es muy importante tener esta información, para poder apoyar desde nuestra disciplina a la recuperación del paciente.

Como conclusión final puedo decir que:

Este proceso arteterapéutico logró de manera efectiva concretar los objetivos iniciales de potenciar su expresión emocional y su creatividad, pudiéndose observar que a través de sus obras, la paciente pudo “re-vivir” y re-significar los acontecimientos más relevantes de su vida, lo cual, emocionalmente le dio orden y tranquilidad, logrando así proyectarse fortalecida.

El trabajo realizado permitió comprobar que las terapias de arte pueden cumplir un importante rol, pues al utilizar medios de arte es posible apoyar la neurorehabilitación.

El trabajo de Arteterapia basado en el Continuo de Terapias Expresivas (ETC) proporciona el marco teórico que presenta las distintas maneras en que los pacientes interactúan con los medios de arte o con las actividades experienciales, para procesar información o para formar imágenes. El Continuo de Terapias Expresivas explica la dimensión sanadora y el poder restaurador de la creatividad, pudiendo a través de sus niveles servir de guía en las decisiones, o estrategias terapéuticas que debemos abordar.

El funcionamiento creativo puede ser mejorado cuando el/la terapeuta ayuda al paciente a examinar y resolver barreras mentales, emocionales y físicas para desarrollar la expresión artística. La creatividad también es estimulada al encontrarse en un ambiente que contenga diversos materiales de arte, que fomenten la curiosidad, que aliente a la apertura y estimule todos los sentidos.

En el caso de pacientes que han sufrido daño cerebral, sabemos que este daño condicionará el desarrollo del proceso creativo y por ende es muy importante tener información relativa a dicho daño, de forma de poder direccionar correctamente el apoyo aportado desde nuestra disciplina a la recuperación de la paciente.

Del trabajo práctico con la paciente me resultó evidente que, yo como terapeuta debo estar siempre atenta a la auto observación, esto debido a lo trascendental que es el tema del vínculo con la paciente, así como la transferencia y contratransferencia. Lo anterior nos obliga como profesionales de esta área a trabajar nuestras propias debilidades y fortalezas.

En la paciente de este estudio, fue relevante la terapia a través del arte para reconocerse y aceptarse desde una nueva perspectiva, una desde la cual emprender un camino nuevo, no exento de dificultades pero largamente anhelado por ella.

Finalmente, para mí, su arteterapeuta, resultó un camino de aprendizaje extraordinario como profesional y como persona.

- Aguilar Rebolledo Francisco (1998), Plasticidad Cerebral: Antecedentes científicos y Perspectivas de Desarrollo, Rev. Med. Hospt. Ped. Mex, Volumen 55 N°9.
- Allegri RF, Taragano F, Rubio S, Tamaroff L. Motor imperistence. Proceeding of the XXVIII Argentine Congress of Neurology; 1988 Oct. Rev Neurology Argentine.
- Badilla Espinoza, F. (2011). Arte Terapia: Una Manera de Fortalecer la Autoestima
- Bachelor, A. y Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. En M. Hubble, B. Duncan y S. Miller (Eds.), The heart and soul of change (pp. 133-178).
- Boake C., (1996), Neuropsychological Rehabilitation: Theory and Practice, Swets and Zeitlinger Publishers
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16(3), 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions.
- Carlson, N. R. (2004). Physiology of behavior (8 th edition). Boston, MA, New York, San Francisco, CA: Pearson.
- Corbella S. y Botella L. (2003) Anales de psicología vol. 19, nº 2, 205- 221.
- Dalley T. (1987) El arte como Terapia. 2º ed. Barcelona, España. Editorial Herder.
- Damasio, A. R (1994). Descartes Error: Emotion, Reason, and the human Brain. New York: Harper Perennial
- Damasio Antonio (2001), El Error de Descartes, Barcelona. Editorial Crítica.
- Flaherty, A: (2005) Frontotemporal and dopaminergic control of idea generation and creative drive in Journal of Comparative Neurology 493 (1): 147-153.
- Glasinovic Peña A., Residente Medicina Familiar UC, artículo, Accidente Vascular Encefálico
- Gobierno de Chile, Ministerio de Salud 2002. Programa Salud Cardiovascular: Reorientación de los Programas de Hipertensión y Diabetes.

<http://www.minsal.cl/ici/padulto/doc/Reorientacion%20de%20los%20Programas%20de%20Hipertension%20y%20Diabetes.pdf>

- Goleman & Kaufman (1992), *The Creative Spirit*, Penguin Books.
- Gordon R. (1993), *Bridges: Metaphor for Psychic Processes*, H. Karnac (Book) Ltda.
- Greenberg L. y Paivio S. (1997), *Trabajar con las Emociones en Psicoterapia*, Editorial Paidos.
- Greenberg, Leslie S. (Ed). (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice*.  
Wiley series on personality processes. (pp. 51-84). New York: John Wiley and Sons.
- Greenson, R. R. (1965). *The working alliance and the transference neuroses*. *Psychoanalysis Quarterly*, 34,155-181.
- Heilman KM, Van den Abell T. Right hemispheric dominance for mediating cerebral activation *Neuropsychologia* 1979; 17:315 – 321.
- Haber Abraham (1969), *Un Símbolo Vivo*, Editorial Paidos.
- Henry, W. P. y Strupp, H. H. (1994). *The therapeutic Alliance as interpersonal process*, Horvath, Adam O. (Ed)
- Hinz D Lisa (2009), *Expressive Therapies Continuum: a framework for using art in therapy*, Taylor & Francis Group, USA. Paidos, Capítulo 2, Pág. 37.
- Horvath O. y L. S. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. y Luborsky, L. (1993). *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Jung, C. G. (1921/1928) *El valor terapéutico de la abreacción*. *Obras Completas*, Vol. 16, Madrid, Trotta, 2006.
- Jung, C. G. 1929), *Los Problemas de la Psicoterapia Moderna*. *Obras Completas*, Vol. 16. Madrid, Trotta, 2006
- Khalid Ali, Gammidge Tony, Waller Diane (2014), *Fight like a ferret: a novel approach of using art therapy to reduce anxiety in stroke patients undergoing hospital rehabilitation*.
- Landau Erika (2008), *Elecciones Creativas*, Buenos Aires, Nueva Librería SRL.

- Lueiro L., Rodríguez S., Álvarez F., Brarda G., Názara C., Del Carril A. et al. (2011), Lugar Editorial, Capítulo 3, pág. 57 – 70.
- Lusebrink Vija B. (1990 – 1991) Terapia de Arte y el Cerebro: Un Intento de Entender el Proceso Subyacente de Expresión Artística en Terapia
- Luria A. R. (1973) The Working Brain. An Introduction to Neuropsychology. London, Penguin Books.
- Malchiodi, C.A (1998). The Art Therapy Sourcebook. Los Angeles: Lowell House.
- Michaels Debbie (2010), A. Space for Linking: Art Therapy and Stroke Rehabilitation.
- Naumberg Margaret (1966), Dynamically Oriented Art Therapy, Its Principles and Practices, Chicago, Magnolia Street Publishers
- Malpartida Daniel (2010) Psicoterapia Psicoanalítica a Través del Arte: Teoría, Técnica y Práctica, Buenos aires, Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Mallinckrodt, B. y Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic
- Ostrosky-Solis Feggy, Ardila Alfredo, (1986), Hemisferio Derecho y Conducta: un Enfoque Neuropsicológico. México: Trillas.
- Pascual- Leone, A. (2006). Disrupting the brain to guide plasticity and improve Behavior.  
Progress in Brain Research.
- Pinsker, H. (2002), Introducción a la Psicoterapia de Apoyo. Bilbao, Ed. Desclée de Brouwer. Riviere Pichon, E.
- Rodríguez-Muñoz Francisco-J. (2011), Contribuciones de la neurociencia al entendimiento de la creatividad humana.
- Rogers C. R. – Rosenberg R. L. (1981), La Persona Como Centro, Editorial Herder.
- Rubin, J.A. (1984), The Art of Art Therapy. New York, Ed. Brunner/Mazel.
- Salas C., Baez M.T., Garreau A.M., Daccarett C., (2007) Experiencias y Desafíos en Rehabilitación Cognitiva Revista Chilena de Neuropsicología, Pág. 21 – 30.
- Saposnik G. et All (2003), Stroke in South América, Systematic Review, Stroke Journal

- Stein Donald, G., Hoffman Stuart W. (2003), Concepts of CNS Plasticity in the Context of Brain Damage and Repair, *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, July-August, Vol. 18, N°4, pp. 317 – 341.
- Sacks Oliver (1970), *El Hombre que Confundió a su Mujer con un Sombrero*, Munchnik Editores S A, Balmes 25.
- Schaverian J. (2009), *The Revealing Image: Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice*
- Sánchez-Navarro\* Juan Pedro y Román Francisco, 2004, Amígdala, corteza pre frontal y especialización hemisférica en la experiencia y expresión emocional, vol. 20, nº 2 (diciembre), 223-240. *Universidad de Murcia*.
- Shulamit Carmi & Mashiah Tonni (1996), Painting as Language for a Stroke Patient, *Journal of the American Art Therapy Association*, Vol. 13, Issue 4.
- Sun-Hyun Kim, Min-Young Kim, Jae-Hyuk Lee & Sae-Il Chun (2008), Art Therapy Outcomes in the Rehabilitation Treatment of a Stroke Patient: A Case Report, *Journal of the American Art Therapy Association*, Vol. 25, Issue 3.
- Tesis Arteterapia y cáncer  
[http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/arrivera\\_e/pdfAmont/ar-rivera\\_e.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/arrivera_e/pdfAmont/ar-rivera_e.pdf)
- www. Neurorehabilitación, Centro Caren.
- [www.medicina.familiar.uc.cl/html/articulos](http://www.medicina.familiar.uc.cl/html/articulos).
- WIKIPEDIA, Enciclopedia libre. /<http://es.wikipedia.org>