



Universidad de Chile
Facultad de Arte
Escuela de Pos grado

El Arteterapia como parte de la Neurorrehabilitación en la estructuración de la imagen corporal de una paciente amputada.



Monografía para optar al curso de especialización de Postítulo en Terapias de Arte,
Mención Arte Terapia

Autora: Catherine Grecice Sepúlveda Cáceres
Profesora Guía: Pamela Reyes
Título Previo: Profesora de Artes Plásticas
Licenciada en Educación
Santiago 2014

Agradecimientos a la paciente Señorita R por permitirme acompañarla en parte de su proceso de rehabilitación, a Pablo San Martín por estar y a mi hijo Maximiliano que contribuyeron en el amor.

| | |
|---|----|
| Índice | |
| Portada | 1 |
| Agradecimientos | 2 |
| Índice | 3 |
| Introducción | 4 |
| Capítulo I Arteterapia y amputación. | |
| 1.1 Definición de amputación | 7 |
| 1.2 El Arteterapia como un elemento reparador de la imagen corporal mutilada. | 9 |
| Capitulo II Arteterapia: Un encuentro entre arte y terapia | |
| 2.1 Arteterapia una disciplina terapéutica | 13 |
| 2.2 Arte y medicina, en un contexto hospitalario | 15 |
| 2.3 Arteterapia con enfoque de neurociencia | 19 |
| 2.4 Arteterapia en el proceso de rehabilitación | 23 |
| 2.5 Arteterapia y neuroplasticidad, una ciencia detrás de la Neurorrehabilitacion | 28 |
| Capitulo III El abordaje arteterapeutico | |
| 3.1 Estudio de caso: Contextualización | 31 |
| a) Anamnesis | 33 |
| b) Antecedentes clínicos | 34 |
| c) Objetivos de la intervención terapéutica | 35 |
| c.1 Objetivo terapéutico general | 36 |
| c.2 Objetivo terapéutico específicos | 36 |
| d) Enfoque del proceso arteterapeutico | 37 |
| d.1 Terapia de apoyo en arteterapia | 37 |
| d.2 Transferencia y contratransferencia | 38 |
| e) Materiales y Técnicas utilizadas: La pintura | 39 |
| f) Encuadre y proceso dentro del Setting | 41 |
| 3.2 Descripción del proceso terapéutico | 42 |
| Sesión 1: La primera lección | 42 |

| | |
|---|----|
| Sesión 2: Experimentando y reconociéndonos | 44 |
| Sesión 3: Laberinto | 46 |
| Sesión 4: Reconociendo la figura humana | 47 |
| Sesión 5: Un acercamiento a mi autorretrato | 49 |
| Sesión 6: Las distintas formas del dolor | 51 |
| Sesión 7: No tengo rabia sino que pena | 54 |
| Sesión 8: Así me siento vacía | 56 |
| Sesión 9: Encuentros y desencuentros | 57 |
| Sesión 10: El sol | 59 |
| Sesión 11: La mancha, es algo sucio que me molesta | 61 |
| Sesión 12: Las cosas comienzan a fluir | 62 |
| Sesión 13: Abriendo caminos | 64 |
| Sesión 14: Angustia o goce plástico | 66 |
| Sesión 15: Autorretrato | 68 |
| Sesión 16: Entre el esfuerzo, el dolor y la alegría | 70 |
| | |
| 3.3 Análisis del proceso terapéutico | 73 |
| 4.- Discusiones y Conclusiones | 79 |
| 5.- Referencias | 83 |
| 6.- Anexos | 85 |

1- Introducción

Esta monografía tiene como propósito dar a conocer la experiencia de la práctica profesional de Arteterapia, realizada en un centro de salud privado de la región Metropolitana de Chile, durante el año 2013. La paciente, a quien se llamara Srta. R o R, se encuentra internada en este centro de rehabilitación, producto de un cáncer uterino que desencadenó la amputación de sus cuatros extremidades.

Una de las principales motivaciones para realizar la practica en este contexto es el interés por investigar sobre el uso terapéutico del arte en la Rehabilitación y en la Neurorrehabilitacion de los pacientes. La investigación se realizó buscando referencias tanto desde la neurociencia, psicología, medicina y arteterapia; lo que permitió una comprensión teórica y técnica del proceso vivido durante la realización de esta práctica.

La elaboración de este estudio también aborda conceptos de rehabilitación a través del arte, Neurorrehabilitacion y arteterapia para profundizar en ello se elaboraron tres capítulos: el primero trata de sobre el aspecto medico por el cual esta paciente se encuentra internada, la amputación. En el segundo capítulo se realiza un recorrido por el arteterapia reinterpretando pensamientos sobre esta disciplina en el país; exponiendo los aportes teóricos para el abordaje del Arteterapia, especialmente la mirada de la neurociencia, que permite respaldar de manera más consciente el impacto del arte en las personas que se encuentran rehabilitación, y ayuda a establecer más claramente, que lo efectivo vinculativo, permite una mejora en este tipo de paciente. En el tercer capítulo se muestran los antecedentes

del caso y se realiza una descripción de la clínica donde se realiza la intervención terapéutica, se presenta la hipótesis y los objetivos del trabajo terapéutico, el setting/encuadre planteado, el tipo de abordaje de la terapia y los materiales utilizados.

Finalmente se exponen todos los resultados de la experiencia de la práctica profesional individual, para lo cual se analiza el proceso, dando lugar a conclusiones sobre el uso del Arteterapia en una paciente en rehabilitación.

Capítulo I: La amputación

1.1 Definición de amputación.

Definiremos por amputación, a la condición que da como resultado la pérdida de una extremidad y cuya causa suele ser una lesión, una enfermedad o una operación quirúrgica, (Osorio, 2009). Estableciendo que la amputación es una entidad médica de naturaleza especial porque la incapacidad es resultado, no de una forma de enfermedad sino de una forma de tratamiento que ha eliminado lo enfermo.

Las causas de una amputación son variadas, las que pueden ser traumáticas producidas por un accidente o enfermedad, por un corte, avulsión o aplastamiento; también podrían por enfermedades varias como la diabetes, cáncer, tumor o infecciones.

Posterior a la mutilación del miembro o de los miembros, comienza el proceso de rehabilitación. Para efectuar una recuperación en los pacientes se debe tener en cuenta que hay dos formas de producir la amputación abierta y cerrada, la amputación abierta se efectúa cuando una infección necesita seguir en tratamiento y la amputación cerrada como su nombre lo dice cierra y permite la construcción del muñón, del cual depende la movilidad futura del paciente, posterior a ello se analizan las características físicas de la extremidad quitada su movilidad, fuerza y cicatrización correcta.

Las características y consecuencias motoras dependerán de si la misma mutilación del miembro es unilateral o bilateral. La pérdida de algunas extremidades o miembros dificulta la realización de estiramientos o calentamientos de ciertos músculos próximos a la escisión, situación que entorpece las habilidades motoras de los pacientes. Algunas de estas implicancias motoras son: Dificultades motoras producidas por la amputación de las manos repercute en habilidades básicas como la manipulación, lanzamientos, recepciones, dificultades en la motricidad fina, mala coordinación óculo-manual, respecto a la escisión de los miembros inferiores se produce la pérdida del centro de la gravedad repercutiendo en el equilibrio y en la motricidad gruesa, dificultades en los desplazamientos, giros, caídas, marcha y carrera; problemas en la coordinación dinámica general.

Según Vonjiniaina Domohina (2011) en el artículo La fisioterapia en pacientes amputados de miembro inferior, plantea que es útil dividir el proceso de rehabilitación en cuatro etapas: Primero, fase pre quirúrgica o pre-operatoria, donde se prepara al paciente con movimientos de fortalecimiento de los músculos anteriores a la zona afectada, esto sucede en caso donde tiene una amputación programada; Segundo, fase quirúrgica se analiza el nivel de amputación, el que debe ser adecuado por cada tipo de paciente y que el muñón permita las óptimas condiciones para la rehabilitación; Tercero, es el tratamiento pre-protésico que tiene como meta conseguir la independencia funcional del paciente respecto a los autocuidados y la movilidad sin una prótesis y preparar al paciente para el uso de la prótesis; y por último, es el tratamiento protésico, esta se lleva a cabo cuando se ha alcanzado fuerza muscular, buena configuración del muñón y no presenta complicaciones, aquí se desarrolla en el paciente un buen desempeño con el aparato protésico.

La amputación trae consigo alteraciones psicológicas que tienen repercusiones emocionales y de calidad de vida para quienes son sometidos a este tipo de tratamiento, conduciendo a un cambio radical de su estilo de vida. Según lo establecido por el documento de investigación sobre amputación del miembro inferior: Cambios funcionales, inmovilización y actividad física (Mary Luz o campo, 2010) se plantea que la resistencia ante la pérdida de una o varias extremidades está directamente relacionada con el estado emocional de duelo, produciendo “las alteraciones de la motivación y las reacciones emocionales que se ubican en primer lugar de las manifestaciones o síntomas del desajuste del individuo, causando dificultades consecutivas que pueden perturbar el proceso de rehabilitación” (Mary Luz o campo, 2010). A partir de las etapas del duelo, los investigadores Campo, Henao y Vázquez (2010) toman en cuenta cinco fases para afrontar la pérdida: shock, negación, ira, depresión y aceptación, aunque siempre es apropiado considerar cuál es el proceso y características particulares de cada paciente ya que esto puede establecerse tal cual lo dicen estos autores o en ocasiones variar algún según los antecedentes de cada paciente. Toda respuesta a la amputación es un proceso individual del o la paciente, a su vez es afectada por factores como la edad, el pronóstico relativo al estado subyacente, el estado emocional y nivel de desarrollo del paciente.

1.2) El arteterapia como un elemento reparador de la imagen corporal mutilada.

Cabe mencionar que para la rehabilitación integral de este tipo de paciente, sería interesante observar las implicancias neurológicas de la amputación. En una entrevista a Daniela García, primera medica amputada cuadrilateral, comenta “Es una sensación distinta. No es realmente sentir, pero percibo algo. Los seres humanos tienen la capacidad de compensar y el cerebro aprende a interpretar la información. No puedo explicarlo, pero realmente siento con los ganchos” esto podría estar respondiendo en alguna medida a la plasticidad del cerebro que pretende reinterpretar la información posterior a su amputación. Fueron los neurólogos quienes observaron que pacientes con diversas lesiones en el sistema nervioso central experimentaban su cuerpo de forma distorsionada, otros expertos se interesaron en el fenómeno del mismo fantasma que consiente en la impresión que tenían las personas a las que se les amputaba un miembro, de que lo seguían teniendo. Según lo que proponen Jose Guimon (2009) esa sensación experimentada por los amputados se debe a las discrepancias entre la configuración corporal previa y la resultante de la amputación, a partir de ello sería trascendente progresar en los beneficios del arteterapia a través de la experimentación de materiales y la organización del esquema corporal de este tipo de pacientes.

En el libro “La imagen y la apariencia del cuerpo humano” del psiquiatra y neurólogo Schilder (1935) describe la imagen corporal como “la imagen de nuestro propio cuerpo que nos formamos en la mente y según la cual nuestro cuerpo se nos aparece o se nos representa”, es decir este concepto postula que nuestra imagen corporal se construye plásticamente a partir de las experiencias subjetivas, tanto a nivel sensorial como psíquico. Es un hecho que la conformación de la imagen de nuestro cuerpo se conforma en nuestra mente y es a su vez la representante de lo que nosotros sentimos que somos ante la mirada de los demás, entonces el abordaje de un paciente amputado podría estar enfocado en la reconstrucción de su nueva imagen y en la consciencia corporal que este se otorga a si mismo.

La imagen corporal como plantea Schilder (1989) en su sentido puramente fisiológico, se basa en gran medida en los procesos que permanecen en el

fondo de la conciencia, en donde tiene lugar una activa construcción de la imagen del cuerpo; pero esta construcción también está representada por procesos psíquicos consientes e inconscientes. Esto es, en la integración del esquema corporal que se da una permanente interacción en cuatro planos: Un plano puramente fisiológico; que es simpático, periférico y modular, basado en procesos que permanecen en el fondo de la conciencia; un plano relacionado con las actividades focales del cerebro. Es un mecanismo fisiológico, pero con una continua resonancia en la conciencia; un plano que guarda relación con las actividades orgánicas generales vinculadas con la región cortical. Este plano es orgánico pero sumamente afín al plano psicológico, este plano desarrolla sus procesos en la esfera psíquica pero influye simultáneamente sobre los procesos somáticos.

A partir de ello se podría establecer que toda experiencia tiene un significado solo en relación con la totalidad del cuerpo, de modo que el esquema corporal se va contribuyendo con experiencias repetitivas y reconocidas, que siguen una lógica; percepción, sensación, sensación del cuerpo en su totalidad, o sea la imagen del cuerpo y la relación de la personalidad total.

A medida que se avanza en el tema es importante reconocer que “esquema corporal” e “imagen corporal” se utilizan como si fueran lo mismo, pero estos conceptos que poseen diferencias. Según lo establecido por Schilder (1989) por esquema, se comprende que es el mismo para todos los individuos de la especie humana en situaciones más o menos iguales, pero la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada individuo, ya que está ligada al sujeto y su historia. En consecuencia se debería considerar la imagen corporal como un elemento de estudio, para contribuir con la construcción mental del cuerpo de las personas amputadas.

Lo anterior, comprendiendo que esta última se estructura mediante la comunicación entre sujeto y la huella de los dos intercambios con los otros, y con la valoración de sí mismo.

Como mencionamos, la imagen del cuerpo depende de la relación con los otros, y se encuentra directamente relacionada con el afecto, o sea cualquier interrupción de esta comunicación y relación inter-subjetiva, puede tener efectos dramáticos, que pueden resultar en trastornos psíquicos y somáticos, por esta razón se podría considerar, que la disciplina de arteterapia podría actuar como elemento reparador de la imagen corporal mutilada. Como lo plantean Sara Pain y Gladys Jarreau (1996) en el libro “Psicoterapia por el

arte”, también incide en que la imagen corporal, es una construcción mental de esquemas sensorios-motores, para que un paciente amputado pueda reconstruir y elabore conciencia corporal, debe realizar arte ya que en esta elaboración se involucra todos los planos del cuerpo, por lo tanto puede reconstruir la conciencia corporal. Para que esto pueda suceder se debe trabajar en los siguientes planos según las autoras mencionadas:

El plano de las coordinaciones sensomotrices: el recorrido ocular que permite a la percepción reconocer un objeto, incluye también el gesto por el cual este objeto será realizado.

El plano de los afectos: el trabajo con la materia sin formas, la doble posición activa y contemplativa, la riqueza de las sanciones kinestésicas y visuales, el esfuerzo de la creación imaginaria, todo esto ayuda al nacimiento de las emociones.

El plano de la constitución del yo: al mismo tiempo que es la base de las coordinaciones senso-motrices y de los afectos, al cuerpo es también la base del “Yo” corporal que es la primera imagen de identificación del sujeto consigo mismo.

Capítulo II: Acerca del arteterapia

2.1 Arteterapia, una disciplina terapéutica.

En nuestro país esta es una disciplina que comienza a cimentarse. Por ello es importante valorar la definición establecida por la Asociación chilena de arteterapia (arteterapia,2014) que dice *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.* En arteterapia las concepciones y las teorías son muy diversas, quizá esto es lo que permite que el arteterapia posea un carácter interdisciplinario, conformando su origen en la base psicoanalítica, en los aportes de las vanguardias artísticas y de la corriente expresiva de la Educación Artística.

El arteterapia como método se funda en el potencial terapéutico del proceso creador al interior de un encuadre adecuado, “es la utilización del arte y de otros medios visuales en un entorno terapéutico o de tratamiento” (Dalley, 1984), es decir las técnicas están diseñadas para que la actividad de crear

algo produzca cambios favorables en la persona que asiste a las sesiones de arteterapia. El objetivo es promover dinámicas de transformación en la persona como sujeto en relación con el mundo. La actividad creativa se utiliza como medio que transporta elementos personales desde el adentro hacia el afuera, y que relaciona las imágenes creadas en el proceso, con su expresión verbal o sin esta, “el arteterapia permite expresar cierto fenómeno psíquico sin que sea necesaria la verbalización” (Marxen, 2011).

Para establecer un mejor entendimiento de la disciplina Dalley (1984) explica que no es arteterapia, planteando que la disciplina no solo está dirigido a artistas; ya que los arteterapeutas no son profesores de artes, a pesar de comprender que esta terapia nace en parte de la educación artística. Agrega que este método no es terapia ocupacional que tiene por finalidad trabajar en un nivel consciente. “la terapia artística se halla mas vinculada con los procedimientos de terapia psicoanalítica, puesto que sus métodos se basan en fomentar la libre asociación y la expresión espontanea”(Dalley, 1984)

Respecto a los fundamentos teóricos del arteterapia, en el libro “Acercamientos al Arteterapia: Teoría y técnica (Approaches to art Therapy: Theory and Technique)” (Rubin, 1987) se realiza una descripción de diferentes acercamientos al Arteterapia desde distintas teorías psicológicas entre las que se encuentran el abordaje psicodinámico, la teoría psicoanalítica de Freud Winnicott, M. Klein y M. Milner y la teoría analítica de Jung. Otra forma de abordaje es el humanista con la teoría Gestalt de Perls y la visión centrada en la persona de Rogers y desde la orientación psicoeducativa están los enfoques cognitivos y conductual. Conjuntamente esta el enfoque constructivista, en el cual se integra la terapia sistémica. (Cano, 2014).

A manera de recapitulación teórica del Arteterapia, Carozo (2011) realiza un resumen para comprender de qué manera se puede direccionar teóricamente esta disciplina que vinculan el arte y la terapia, el que es ordenado en cuatro segmentos:

Psicoanalítica: Proyección/Asociación libre/insight

Existencialista/humanista: Sentido de la vida/el hombre es responsable de sí mismo

Sistémica: Arte como sistema autosanador

Psico-educativa/ cognitiva: Aprendizaje de habilidades y conductas nuevas para la salud Emocional.

En nuestro caso de estudio nos referimos al enfoque psicoterapéutico, ya que este nos permite un respaldo en el trabajo arteterapéutico. En el libro de la introducción a la psicoterapia (A. Bateman, D. Brown, J. Pedder. Albesa, 2005) Cawley plantea tres niveles de abordaje en psicoterapia, estos son:

Nivel de apoyo, en este tipo de intervenciones es importante “no trabajar en profundidad”, sino que es necesario formular la forma de abordaje de tal manera que no se ataque a las defensas, de esta forma se mantiene un equilibrio estructural del paciente y al mismo tiempo se permite al terapeuta perfeccionar sus técnicas y su encuadre terapéutico, proporcionando un espacio de crecimiento para el paciente y para el o la terapeuta. En este nivel no se busca el insight.

Nivel intermedio, se establece cuando el terapeuta ya es capaz de reconocer la contratransferencia y discriminar lo propio y lo del paciente. Para esto, es necesario haber tenido terapia personal al menos dos años. (Hills, 2006).

Nivel exploratorio, puede permanecer por años. Se considera que los beneficios vendrán a partir de una mayor madurez, del insight o de la resolución del conflicto intrapsíquico.

El arteterapia, posee varios enfoques que pueden beneficiar al desarrollo de este tratamiento terapéutico, posiblemente esto se encuentra supeditado a lo que emerge al interior de la terapia; el arte por sí mismo o la relación terapéutica, la preponderancia podría estar establecida en el proceso creativo ya que es curativo o por la capacidad vinculatorio que se genera en el encuentro entre paciente y terapeuta al realizar arte.

2.2 Arte y medicina, en un contexto hospitalario.

Esta propuesta de unión entre el arte y la medicina, se instala de manera más institucionalizada en los hospitales producto de la iniciativa del doctor Michael Samuels y la enfermera Mary Rockwood Lane, quienes formaron la sociedad de arte en la atención de la salud que gestiona y administra a los artistas residentes en diferentes hospitales de los Estados Unidos, esta institución se fundamenta en la idea del Dr. Samuels planteada en el libro creatividad curativa donde considera que “Un artista puede estar con una persona para hacer arte simplemente, y que ese proceso es curativo en sí mismo. No hay diagnóstico, clasificación, tratamiento ni otra medición

de resultados que no sea la percepción del proceso como algo positivo por parte del paciente”(Samuels, 2000)

Este razonamiento se cimienta según Samuels (2000) en el uso de las imágenes plásticas como elemento sanador si estas relajan, si permiten la liberación de tensión o temor, si ponen a las personas en un estado de transformación, permitiendo que abran sus sentidos. Este autor, habla sobre la existencia de tres tipos de imágenes que se dan durante el proceso arteterapéutico:

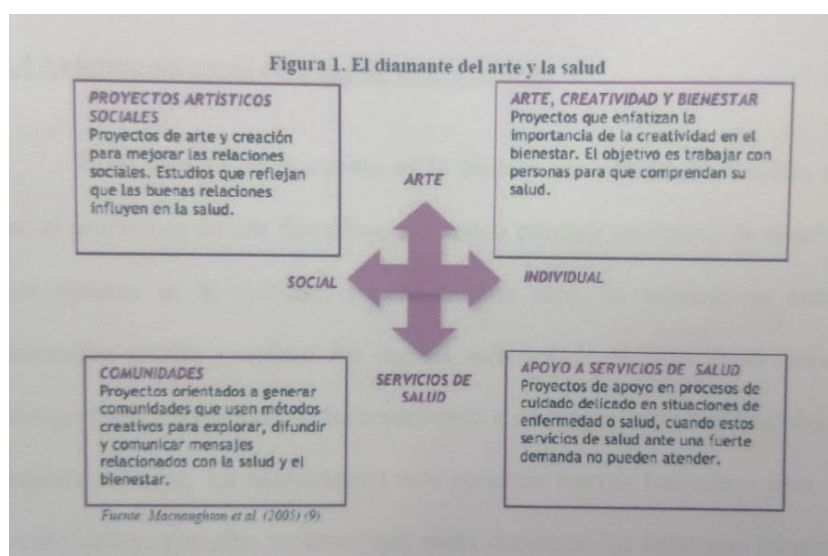
- Las imágenes relajantes, cuya presencia es evocadora y transformadora por si solas.
- Las imágenes biológicas, que aportan para la visualización de toda una biblioteca de imágenes de cada usuario.
- Las imágenes de dolor, que son movilizadoras y tienen como resultado la liberación de emociones.

Más allá de las clasificaciones útiles y la metodología de trabajo según esta mirada, lo realmente útil es la atención plena en el momento que permite el proceso creativo. Ese es el verdadero proceso, y es ahí donde se podría originar la sanación. Por ello debería importar poco el resultado, claro esto debería ser considerado desde el punto de vista estético, ya que el objetivo es la acción artística en si como técnica de relajación y variante contemplativa.

Introducir el arte en los hospitales para crear un espacio armónico que sea relajante y por ende curativo, convirtió a los centros hospitalarios en galerías de artes con exposiciones en las salas de espera y con la posibilidad de realizar talleres a los usuarios del lugar, permitiendo un espacio para la transformación de la enfermedad a través del juego de hacer arte y por ende permitir la curación a través de este, generando lugares más cálidos y de contención para los enfermos y sus familiares.

Otro argumento que debería primar en la incorporación del arte en la medicina, es la calidad de vida del paciente al interior de los centros hospitalarios, comprendiendo que el paciente debe percibir experiencias positivas, que favorezcan sus posibilidades de “normalización”, ya que en los centros hospitalarios existe tiempo de ocio que podría ser empleado por el arte, permitiendo la educación del bienestar y salud de los usuarios. A partir

de ello en el artículo de Noemi Avila y Maria Acaso (2011) sobre arte y salud que tiene como título una profesión reconocida en un contexto de salud, postulan que la educación artística cumple un papel relevante para el desarrollo del cambio de paradigma hacia la enfermedad en los hospitales, a partir de ello realizan una referencia al esquema del McNaughton denominado el diamante del arte y la salud (2005) donde relaciona los conceptos de arte y salud con las labores, los funcionarios y colectivos implicados :



Este esquema muestra una forma de relacionar el arte y la salud. De esta manera podría tener una inserción real en los centros hospitalarios, producida por las múltiples relaciones que el arte puede generar en una dimensión tan compleja como es la salud, a Partir de ello este modelo propone cuatro direcciones la primera consiste en producir.

Proyectos de arte y creación para mejorar las relaciones sociales, segundo generar proyectos de arte y creación para mejorar las relaciones humanas terceros proyectos. Orientados a crear comunidades que usen métodos creativos para investigar, difundir y comunicar mensajes relacionado con salud y bienestar, y por ultimo proyectos que permitan apoyar a los servicios de salud con estrategias alternativas. Según este autor al implementar este

modelo al inter de un hospital podría organizar un espacio de unión entre arte y medicina, en un contexto hospitalario contribuyendo con los fundamentos del aporte teórico de lo curativo del arte.

2.4 Arteterapia Como Enfoque de Neurociencia

Neurociencia, básicamente es la ciencia que estudia el cerebro, por ello plantear que el arteterapia es una disciplina que podría permitir un campo de estudio del cerebro no está distante de la realidad, en los últimos años, ha existido un notable interés por desarrollar teorías y aplicar los nuevos métodos de registro de la actividad cerebral y cartografiado anatómico que a contribuido a un mayor entendimiento del fenómeno de la creatividad y, por ello, creemos que serán decisivos los hallazgos fututos, ya que estos podrían seguir profundizando el conocimiento de este proceso cognitivo, que es una nuestra extraordinaria de las repercusiones que tiene el procesamiento de la información en el cerebro. Estos avances en la investigación científica del cerebro podrían fortalecer la comprensión de la naturaleza y el comportamiento social del ser humano a través del arte.

Según Fuster (2002) en la actualidad es ampliamente asumido que el cerebro trabaja como un todo y tiene una función globalizadora. Para comprender el funcionamiento del cerebro es importante reconocer que el papel principal que tiene el córtex cerebral y, más concretamente, el córtex pre-frontal, donde reciben las bases neuronales son responsables de las funciones cognitivas superiores, lo que significaría que está región se encuentran involucradas en el desarrollo de las funciones ejecutivas y, por lo tanto, es la encargada de procesar la información compleja que llega al cerebro, buscar soluciones, estructurar planes, proponer estrategias para un comportamiento social acorde con el contexto en el que se produce, y finalmente dar instrucciones al córtex motor para la ejecución de esas acciones.

Al parecer existe un consenso generalizado en cuanto a que la capacidad creativa de los seres humanos, es un proceso cognitivo complejo, que requiere la intervención de varios circuitos cerebrales, localizados en ambos hemisferios. Durante el proceso creativo parece esencial la interacción que se origina entre los lóbulos frontales y los temporales en el cerebro. De esta manera, el sistema límbico ocupa un papel primordial en las respuestas a los estímulos emocionales, y la dopamina que es uno de los neurotransmisores que facilita las actividades relacionadas con la creatividad como menciona Flaherty (2005) en sus estudios. Para esta autora las conexiones entre los lóbulos frontales y los lóbulos temporales son más significativas que las interacciones que mantienen el hemisferio izquierdo y el derecho en el cerebro. Al mismo tiempo, asigna un papel preponderante al sistema límbico, encargado de gestionar las respuestas fisiológicas ante los estímulos emocionales, durante el proceso en el que tiene lugar la generación de nuevas ideas. En este esquema, la dopamina facilita las actividades voluntarias y orientadas a un único objetivo, a la vez que inhibe los comportamientos competitivos.

Lusebrink, Malchiodi y Has Cohen son algunas de las investigadoras que han descubierto que la interacción entre las técnicas artísticas y lo que se ejecuta al interior de una sesión de arteterapia, activan las principales estructuras cerebrales y sus funciones neurológicas, esto ha conducido a distintos arteterapeutas a la investigación de cómo y cuáles tratamientos son efectivos para incitar y potenciar aquellas zonas del cerebro dañadas o con una deficiencia en su funcionamiento. Kagin y Lusebrink (1978) demuestran las aproximaciones entre las diversas formas de hacer arte y las partes sensoriales que se pueden activar a través de cada medio de expresión, partir de ello se estableció un modelo de trabajo según niveles de complejidad de procesamiento. (Integración) sensorial para la expresión e intervención arteterapéutica que se denominó ETC: Expressive Therapies Continuum, que en español significa terapias de expresiones continuas donde propone cuatro niveles de experiencia: Kinestésico/ sensorial (de acción) Perceptual /afectiva (formas), cognitiva/ simbólico (Esquema) y creativo, estas escalas.

Pueden tener fines evaluativos y reflexivos para direccionar el trabajo arteterapéutico. En esta misma línea de trabajo al realizar arteterapia a los

pacientes significa asumir “El desafío de aprender acerca de los mecanismos de plasticidad, para ser capaces de guiarlos, suprimiendo cambios que pueden conducir a comportamiento indeseables, y acelerando e incrementados aquellos que provocan un comportamiento beneficioso “(pascual- leone 2006, p.315), es decir que cada paciente tendrá mecanismos y técnicas plásticas que le sean favorables y otras que no, y estos deben ser regulados por el arteterapeuta. A partir de ello se podría considerar otras formas para desarrollar un tratamiento de arte permitieran la comprensión y la estimulación de las conexiones neurobiológicas entre mente y cuerpos, ya que eso podría ampliar los mecanismos de ampliación del arteterapia desde las necesidades de cada paciente, esta idea respalda la trascendencia de trabajar en investigaciones de Arteterapia y neurociencia, para continuar perfeccionado al campo terapéutico del arte.

Otra forma de ampliación del arteterapia como medio para establecer tratamientos que sean resguardados por estudios de neurociencias son las expresiones emocionales que son posibles con algunos pacientes que tienen un buen dominio de la comunicación o el lenguaje verbal lo que es respaldado por la arteterapeuta Cathy Malchiodi (1998) quien comenta que las experiencias emocionales provocadas en los procesos creativos pueden originar sensaciones agradables, dando lugar a las ondas alfa, relacionadas con la relajación y el equilibrio del estrés. También pueden repercutir en la regulación de la respiración, la liberación de endorfinas, el aumento de los niveles de serotonina y neurotransmisor asociado a la regulación de los estados de ánimo y al fortalecimiento del sistema inmunológico. A partir de mirada Noah Hass Cohen (2008) en el texto “emparejando el arte terapia y neurociencia clínica” desarrolla otro fundamento la empatía, donde plantea que el impacto de reconocer que ***yo puedo hacer lo que tú puedes hacer y crear lo tu creas***, muestra una resonancia emocional que puede ser experimentada por los pacientes que asisten arte terapia como también para los arte- terapeutas, es decir puede establecer mecanismos de empatía y fortalecimiento del vínculo, debido a que podría ocurrir que al observar la creación de la paciente, la empatía del terapeuta es estimulada por la obra del paciente y podrá mejorar la conectividad entre ambos. Otro ejemplo de empatía y de vinculación que se observa en el hacer del arteterapia es como se presenta los materiales y como, son recepcionados por el o los pacientes.

A modo de conclusión el arte terapia puede resultar un aporte fundamental para neurociencia ya se sea para incorporar tratamientos a través arte o por los aportes que este produce a partir de las activaciones del procesamiento sensorial y sus implicancias cerebrales, donde se podría desarrollar mas avances sobre la reestructuración de conciencia entre mente y cuerpo, quizás el aporte es más concreto que se observa es el método ETC de Lusenbrink donde se estructura una forma de evaluación para el uso del arte y cuáles son las repercusiones en el cerebro de cada presente, a pesar de ello este campo de arte terapia y neurociencia se encuentran todavía en las primeras etapas de la búsquedas de métodos de investigación adecuados para comprender mejor los aporte de esta práctica y su beneficios.

2.4 Arteterapia en el proceso de rehabilitación

En este punto, comenzaremos delimitando la palabra rehabilitación en medicina, la que es definida por la OMS como “el conjunto de medidas sociales educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente minusválido la mayor capacidad e independencia posible” (Ministerio de Sanidad y Consumo de España,2008). Como ya hemos establecidos arteterapia es un espacio creativo donde se encuentra un conjunto de conexiones relacionales y significados que se establecen en un ambiente seguro y sin juicio. A partir de ello se podía valorar la incorporación del arteterapia en el proceso de rehabilitación como un espacio de búsqueda del deseo innato del ser humano de sentirse productivo y autónomo este es el punto donde el arte juega un rol en la rehabilitación, ya que permite la autonomía creativa y el desarrollo de una nueva forma de expresión búsqueda tan esencial del ser humano.

Allen (1995) sugirió que el papel del terapeuta no es cambiar no es cambiar, corregir, curar o interpretar el arte, si no que en sintonía con el paciente debe expresar el flujo de expresión presente en las imágenes y, si el paciente lo desea descubrir el significado inherente de las imágenes por lo tanto la transformación se produce del arte del auto-dirección como un desarrollo natural de la realidad del artista, según se manifiestan las expresiones plásticas entonces el espacio arteterapeutico les proporciona un punto donde conocerse a si mismo permitiendo que estos sean capaces de participar

auténticamente en su nueva vida y en la comunidad, así como generar una motivación constante hacia la recuperación.

Las contribuciones principales del arteterapeuta en la rehabilitación podrían encontrarse basada en la restauración del self, para profundizar en ello estableceremos los campos de trabajo del arte y sus aportes a la restauración del self.

Experiencia sensoriales: las cualidades que proporciona el arte y los materiales que se emplean al interior de la sesiones de arteterapia, ofrecen alternativas a otras terapias de rehabilitación de la activación del procesamiento de integración de las sanciones, esto es establecido por Kagin y Lusenbrink (1978) a través del método ETC Terapias expresivas continuas donde plantean que se activan cuatro experiencias sensitivas que permite al arteterapeuta tener un marco para la organización de la información de la evaluación, la formulación de objetivos del tratamiento, y la planificación de las intervenciones de terapia de arte, también contribuye a la restauración del self.

Experiencia simbólica: el uso de las expresiones plásticas como un simbolismo y su relación con el inconsciente tienen un lugar relevante en la historia y el desarrollo de la terapia del arte (Edwards 2004, Rubin 2005, Shaverien 1990, 2000) Arnheim(1974) sostiene que la forma y la materia no puede ser comprendida como entidades diferentes y afirma que incluso la simple expresión de la línea es simbólica, ya que expresa el significado en cambio hay autores que opinan diferente, Dissanayake plantea que la creación por si sola tiene un valor que puede o no estar acompañada por el significado simbólico y que esto se puede establecer según las preferencias del paciente.

Experiencia emocional: algunos terapeutas de arte consideran que el arte es un escape del inconsciente, que permite que las emociones y los sentimientos se expresen sin ser enjuiciados y aceptados por la sociedad (Rubin 2005; Machiodi 1998). El arteterapia permite la liberación de las emociones proceso que es conocido como catarsis, este acto según Rubin (2005) puede dar lugar a sentimientos de empoderamiento, como a experiencias de paz interior producidas por la

experiencia de realizar arte. Ornasteis (2006) explico que quienes que estuvieron dentro de los campos de concentración durante el holocausto utilizan instintivamente el arte para darle sentido a su experiencia traumática, como una necesidad imperiosa de transformar esa experiencia.

Calidad de vida: Estar en un estado de acción, de ocupación a través de la terapia de arte permite la evasión, distracción de la realidad, que son muy beneficiosos para las personas con problemas de salud mental, tales como ansiedad, alucinaciones, delirios o para los pacientes que se encuentran periodo de estrés (Warren 2006), esta ocupación permitiría mejorar la calidad de los pacientes contribuyendo con la rehabilitación, otra mirada que participa la cimentación del trabajo en rehabilitación a través del arte es la de Ellen Dissanayake (1988) en el libro ¿para qué es el arte? Donde destaca que la participación en talleres de arte durante el desarrollo de la capacidad de recuperación, prepara y entrena para lo desconocido a través de la prueba de las realidades. Estas experiencias son un depósito de donde extraer las respuestas adecuadas a las experiencias que aún no han sucedido, que abastece a los pacientes de la fuerza para afrontar los nuevos retos. Agrega que a través del uso de la fantasía y la imaginación del arte nos permite hacer nuestras meten más flexibles y estar preparados para nuevo desafíos. Así mismo, destaca que no se trata solo de la experiencia de la creación, si no que el arte también permite la conexión directa con la inmediatez que restaura el significado, el valor y la integridad sensorial y el poder emocional de las cosas.

Desarrollo cognitivo: La importancia de promover la estimulación sensorial a través de la terapia de arte con los clientes de lesiones cerebrales adquiridas a tenido resultado notables, debido a que aumentan la conciencia de los clientes y la capacidad de atención, así como proporciona un nuevo enfoque a través de la apreciación y exploración de materiales. Kaplan (2000) también puso de relieve que el arteterapia facilita la resolución de problemas. La distancia que ofrece la obra de arte permite a los clientes reflexionar, experimentar, depurar ideas y experiencias. También hace hincapié en la importancia del uso de la terapia de arte para personas con deficiencias cognitivas debido a su capacidad para evocar el placer y el deleite. En algunos casos, cuando el deterioro cognitivo de una persona puede declinar,

habilidades artísticas puedes aumentar y servir como compensación (Mella Howard y Miller 2003).

Conectividad social: En el reino unido, los expertos han argumentado que la importancia de mantener y mejorar las organizaciones comunitarias basadas en el arte como una solución a la exclusión (Moriarte 2002; Secker hacking Spandler Kent y Shenton,2007; Smith 2003; Blanco y Angus 2003).

A través de la fundamentación e incorporación del cómo se utiliza el arteterapia en los centros de rehabilitación, es importante considerar que en nuestro país existe una iniciativa que promueve la rehabilitación infantil y de adolescentes con problemas motores a partir del arte, esta institución es el Teletón donde se estructuró un programa denominado PAM, programa de alta motivación, que fue introducido para completar la rehabilitación de niños y jóvenes. Este fue organizado en 18 talleres relacionados a cuatro áreas artísticas (artes plásticas, danza, teatro y música), diseñado para cubrir un amplio rango de edades y diagnósticos con una capacidad de atenciones anuales a 574 pacientes distintos hasta el año 2011, compuesto por un grupo de trabajo de catorce profesores especialistas y un encargado del programa, mas 2 auxiliares técnicos. El propósito de este Programa de Alta Motivación es otorgar un espacio de expresión libre, alegre y acogedor donde los niños y jóvenes de rehabilitación puedan expresarse a través de las artes, a partir de este programa se han organizado exposiciones y presentaciones en el circuito de arte local, incluso el 2013 se realizó la Bienal de arte inclusivo, este tipo de programa permite el acercamiento del arte y la salud especialmente en el área de la rehabilitación producto de la mejora en la calidad de vida de sentirse aceptados y las conectividades sociales que el arte puede proporcionar, en virtud de todos los aportes que el arte puede realizar al proceso de rehabilitación sería apreciable para el campo arteterapéutico elaborar otras iniciativas y con otros enfoque de esta manera se podría contribuir con la recuperación de los pacientes, si bien es cierto esta área de trabajo se encuentra todavía en las primeras etapas de búsqueda de métodos de investigación adecuados para la comprensión mejor de las cualidades de su prácticas y beneficios, así como los métodos apropiados para evaluar las practicas, pero a pesar de ello los beneficios restauradores y transformadores del arte están ganando

consideración en los centros de rehabilitación y siendo adoptados como una actividad positiva, basada en las fortalezas y significativo de la experiencia en los pacientes.

2.5 Arteterapia y neuroplasticidad, ciencias detrás de la neurorrehabilitación

Neuroplasticidad, se comprende básicamente con la capacidad del cerebro para aminorar zonas afectadas y permitir un mejor desempeño. Según Castaño (2002) la neuroplasticidad es la propiedad del sistema nervioso de modificar su funcionamiento y reorganizarse en compensación ante cambios ambientales o lesiones.

El desarrollo actual alcanzado en el campo de la neurociencia ha motivado un creciente interés por las propiedades plásticas del sistema nervioso como agente fundamental en el proceso de rehabilitación de las funciones neurológicas.

La neuroplasticidad presume que las neuronas contiguas al área dañada desarrollan terminaciones nerviosas que se reestablecen, lo que ocurre de forma parcial a las funciones interrumpidas. La plasticidad cerebral supone que a pesar de la laterización del cerebro, las estructuras cerebrales se presentan por duplicado en ambos lados, por lo que ante la lesión de una estructura, su equivalente contralateral asumirá la función dañada, claro que esto se encuentra supeditado a los factores que puedan condicionar el éxito de la recuperación.

La neurorrehabilitación apunta a la activación inmediata de las neuronas dañadas o de las adyacentes, Plow (2009) ha demostrado que el sistema nervioso se remodela continuamente a lo largo de la vida, lo que puede suceder tras un daño y recuperarse mediante la experiencia y el aprendizaje en un proceso de rehabilitación, estas razones cimentan las posibilidades de recuperación en pacientes con daños. La plasticidad cerebral permite la rehabilitación del cerebro, lo importante de este reconocimiento es que permite a los terapeutas investigar nuevas formas de investigación del SNC o activar vías neuronales de reserva que no se emplean habitualmente.

La disciplina arteterapéutica, podría permitir un acercamiento a la activación del procesamiento de integración de las sensaciones, esto es

establecido por Kagin y Lusebrink (1978), a través del método ETC, este enfoque Arteterapeutico y la Neurociencia establecieron que el arte es una actividad compleja que no requiere grandes estándares para ser aplicado con pacientes, y al permitir la activación cerebral puede contribuir con el restablecimiento de zonas dañadas. El neurocientífico y psiquiatra Joaquín Fuster (2003) llegó a la conclusión de que el procesamiento de la información visual en el cerebro pasa del más simple de los procesos a los más complejos. Considero que la jerarquía de los canales sensoriales comienza en la corteza sensorial primaria y se traslada a la corteza de asociación unimodal y luego a la corteza de asociación polimodales y luego a las zonas prefrontales del cerebro (Fuster, 2003 p. 109). Estas vías pueden ser seguidas anatómicamente. Fuster (2003) explicó que las vías neurales son accesibles tanto en el procesamiento y la coordinación de la información y la difusión en ambas direcciones paralelas – hacia arriba y hacia abajo (Fuster, 2003 p. 67). Fuster y otros autores (Horowitz, 1970, Marcos, 1983), indican que las imágenes y las modalidades sensoriales de la percepción en sus procesos de entrada y salida utilizan las mismas vías y áreas en el cerebro como en las correspondientes modalidades sensoriales de la percepción. Por lo tanto el enfoque de Fuster al procesamiento de la información sensorial en una secuencia progresiva es similar a los niveles de ETC en la expresión visual. El ETC se basa en las estructuras y funciones cerebrales implicadas en la expresión visual en sus estudios sobre las imágenes, información sobre el funcionamiento del cerebro en el procesamiento de la información visual, y su tesis acerca de los componentes psicofisiológicos de imágenes, (Lusebrink, 1986; Lusebrink y Mcguigan, 1989), lo que podría permitir un aporte al proceso neurorehabilitador de un paciente.

La arteterapeuta Merche Albillo (2007) en su artículo Hemiplejía, afasia, neuroplasticidad y arteterapia plantea algunas intervenciones viables de realizar y las divide en cuatro formas:

- 1 Ayudando y recuperar las funciones motoras y lingüísticas perdidas, por medio de la facilitación y estimulación de la regeneración de las terminales nerviosas dañadas y/o la creación de nuevas conexiones que colaboren en el restablecimiento parcial de dichas funciones (Neuroplasticidad).

2 Facilitando nuevos aprendizajes que palien el daño causado por la pérdida de las funciones motoras y Lingüísticas.

3 Sirviendo como herramienta de comunicación, al construirse como un lenguaje nuevo al alcance de la persona con afasia que le permite romper con el mutismo, la inmovilidad y el aislamiento comunicativo al que las personas afectadas se ven sometidas.

4 Proporcionando atención a los aspectos cognitivos y emocionales de la persona que no suelen priorizarse en el tratamiento.

Cabe destacar que el arteterapia, como reflexiona estos autores pueden ser parte de la Neurorehabilitación, a partir de ello también es interesante que se mencione como se benefician las personas con discapacidad a través de la ejercitación de su cuerpo y mente por medio de la exploración de los materiales artísticos, debido al estímulo placentero de los materiales o por el acto mismo de crear que incrementan la actividad neuronal.

Capítulo III El abordaje arteterapéutico

3.1 Estudio de caso: Contextualización

El concepto de rehabilitación de la clínica en que se realizó la práctica profesional, busca desarrollar al máximo el potencial de cada paciente reintegrándolo a su vida cotidiana en el menor tiempo posible. Para lograr este objetivo, un equipo interdisciplinario de médicos, enfermeras, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, neuropsicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, químicos farmacéuticos y auxiliares de enfermería brinda una serie de servicios en el mismo recinto físico otorgando un tratamiento integral, hace algunos años se integró al equipo multiprofesional un arteterapeuta.

La misión de esta institución de salud es otorgar una óptima neurorrehabilitación integral a las personas en situación de discapacidad, a través de un equipo interdisciplinario, especializado. El trabajo en conjunto

con la familia, la capacitación continua, la docencia e investigación y altos estándares de calidad.

La visión de esta institución convertirse en un referente en neurorrehabilitación Neurológica, en las categorías hospitalizadas, ambulatoria y adulto-pediátrica, destacando por su calidad técnica y de servicio, y por sus resultados en los tratamientos y aportes al conocimiento del área.

Esta institución instala el concepto de Neurorrehabilitación, como el trabajo coordinado de un equipo multi e interdisciplinario, liderado por un Médico Neurólogo y Fisiatra, cuya finalidad se concentra en alcanzar objetivos funcionales planteados en la evaluación inicial de cada paciente.

Este equipo cuenta con múltiples profesionales de reconocido prestigio y experiencia, entre los cuales destacan Médicos (Fisiatras, Neurólogos, Broncopulmonar, Internista, Urólogo, Psiquiatra, Pediatra), Kinesiólogos, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Fonoaudiólogos, Enfermeras, Arteterapeutas, Asistentes Sociales y Nutricionistas.

El modelo, se caracteriza por la atención personalizada e integral de las necesidades de los pacientes, con elevados estándares de calidad en las presentaciones y alta intensidad terapéutica. El proceso se inicia con la evaluación de cada miembro del equipo, para determinar las metas y la duración del proceso o programa de rehabilitación. Las metas se establecen en conjunto con el paciente y su familia, siendo reevaluadas periódicamente, en reuniones de equipo. Las principales patologías asociadas a la neurorrehabilitación son:

- Accidentes vasculares encefálicos
- Traumatismo craneo encefálico
- Lesiones medulares
- Polineuropatías (Guillain Barré, Neuropatía del paciente crítico)
- Encefalopatía Hipóxica Isquémica
- Esclerosis múltiple

- Enfermedades neuromusculares
- Parálisis cerebral
- Parkinson
- Secuelas de prematuros

a) Anamnesis

| |
|--|
| Nombre: R. M. |
| Edad: 53 años |
| Estado Civil: Soltera sin hijos |
| Lugar de residencia: |
| Personas con quien vive: Mamá tercera edad |
| Motivo de consulta para asistir a Arteterapia: Asiste al taller grupal de arte de la clínica y se interesa en trabajar con el arte |
| Fecha de ingreso: 19/05/2013 |
| Motivo de consulta en hospital: Paciente con cáncer cérvico uterino, amputación de sus cuatro extremidades e Inmovilismo y Síndrome depresivo. |
| Indicaciones: Se sugiere realizar rehabilitación por un periodo de al menos 3 meses en la Institución y evaluar. |
| Estado Actual: Presenta buena evolución post operatoria (amputación). Recibe apoyo de psiquiatría. En relación a amputaciones evoluciona con dolor y sensación fantasma, las heridas operatorias no presentaron complicaciones. Actualmente, se encuentra afebril, hemodinámicamente estable, con menos labilidad emocional, sin dolor fantasma. Ha mejorado su estado nutricional. |
| Antecedentes artísticos: Le gusta hacer manualidades, incluso estuvo en un taller de pintura al óleo que por trabajo dejó de asistir antes de enfermarse. Al ingresar a la clínica se incorpora al taller de arte donde manifestó estar muy contenta. Posee experiencia en trabajos pictóricos, se encuentra en una actitud muy abierta a experimentar técnicas nuevas, manifiesta que la pintura le produce mucho placer y que le gustaría aprender más. |
| Otros antecedentes y apreciación personal de la paciente: Es una mujer de contextura delgada para poder desplazarse utiliza una silla de ruedas, que maneja |

con los muñones, su vestimenta es impecable, maquillada y su pelo arreglado. Se observa tímida y ansiosa, le preocupa recuperarse rápido, para poder seguir trabajando ya que tiene que ayudar a su madre. Siente impotencia por la negligencia sufrida en el hospital que le provocó la amputación de sus extremidades.

b) Antecedentes clínicos:

Paciente de 54 años, soltera, vive con madre adulto mayor, trabaja como secretaria en estudio de arquitectos.

El 23 de octubre del 2012, se realizó cotización cervical cuyo estudio histológico concluyó en cáncer de cuello uterino escamoso invasor, con indicación de cirugía radical.

El 3 de enero del 2013 se realiza histerectomía radical y linfadenectomía pélvica, durante la cirugía se verifica rexis mínima de pared vesical anterior, la cual se repara de inmediato, la paciente evoluciona sin complicaciones, con función vesical normal, se da de alta a su domicilio el 11 de enero 2013.

El 13 de enero, consulta al servicio de urgencia Maternidad por molestias urinarias, estado febril, compromiso general, disnea, planteándose el diagnóstico de pielonefritis. Por su gravedad se hospitaliza en Maternidad, presentando un agravamiento de su condición, se planea el diagnóstico de shock séptico probablemente de origen abdominal, se traslada a la UCI, se intuba, presenta falla multiorgánica, se apoya con tratamiento de antibióticos y drogas vaso activas.

El 19 de enero, se constata signos de isquemia de manos y pies, se comienza con medicación oral como tratamiento. Se mantuvo con terapia antimicrobiana por 24 días, el 21 de enero se agregó fluconazol completando 15 días, a pesar de ello no hay mejora. Luego del tratamiento es evaluada en conjunto por cirugía vascular y traumatología, se diagnostica una necrosis aséptica irreversible de manos y pies, el 2 de febrero se realiza amputación transtibial bilateral y el 1 de marzo amputación muñeca izquierda y transmetacarpiana derecha.

c) Objetivo de la intervención terapéutica

Posterior al desarrollo de los antecedentes del caso de estudio, se profundiza en las sesiones de trabajo, para ello se estableció objetivos terapéuticos.

Para contribuir con el trabajo multiprofesional de la institución de salud, se incorpora los objetivos de su rehabilitación, estos son:

Activación motora global

Mantener ROM (Rango de movimiento)

Favorecer activación y fortalecimiento de 4 muñones

Independizar en transiciones y transferencias

Independizar en AVD (actividades de la vida diaria)

Manejo cicatrices y sensación fantasma

Protetización de 4 extremidades

Manejo pre protésico

Manejo protésico

Solicitud de ayudas técnicas

Evaluación y orientación en modificaciones ambientales

Evaluación y manejo nutricional

Apoyo psicológico

Evaluación y tratamiento psiquiatría de enlace

A partir de estos objetivos estipulados por el equipo de trabajo de la clínica, se establecen objetivos de abordaje arteterapéutico.

c.1 Objetivo terapéutico general

Crear un espacio de apoyo y contención a través del proceso creativo plástico, que contribuya con el proceso de Neurorehabilitación de la paciente, a través de la reconstrucción de su imagen corporal.

c.2 Objetivo terapéutico específico

Mejorar la calidad de vida a partir de poder expresar, contactar y re significar sus sentimientos a través de la creación plástica.

Hacer de la terapia artística una instancia de reflexión para que la paciente pueda experienciar, sentir y ordenar sus realidades.

Facilitar el proceso de integración de las implicancias que trae la amputación de sus extremidades en relación a la imagen corporal.

Estimular la expresión de la paciente a través de elementos técnicos plásticos.

Ejercitar el uso de elementos protésicos en sus miembros superiores.

Favorecer la autoestima y autonomía a través de la expresión artística-plástica.

c) Enfoque del proceso arteterapéutico

c.1 Terapia de apoyo

El trabajo terapéutico realizado con la paciente se asienta en la relación que se establece durante el proceso de trabajo, se escoge como enfoque la terapia de apoyo donde se pretende propiciar un espacio de ayuda y contención a través del proceso creativo plástico. El apoyo emocional es un elemento importante para la superación de las dificultades de una persona. Según Pancheri (1982), la técnica de la psicoterapia se basa en tres objetivos, primero reducir la ansiedad y la agresividad, segundo aumento de la capacidad de análisis de sus relaciones interpersonales y por último incrementar la capacidad de introspección, este autor considera que el terapeuta tiene como tarea ser catalizador de la toma de conciencia del paciente frente a su propio comportamiento.

Se emplea esta técnica terapéutica, debido a la utilidad que presta para la restauración de la homeostasis psicológica, ya que teniendo en cuenta todos

sus antecedentes, y el tiempo de duración de la terapia 16 sesiones, este enfoque proporciona un apoyo emocional, donde la escuela y la comprensión podrían brindar un espacio seguro donde expresar sus sentimientos y emociones entorno a la vivencias de la amputación y el proceso de recuperación. Al ser una intervención corta, se le da prioridad a la relación real entre paciente y terapeuta, no se explora más allá de las propias necesidades inmediatas del paciente y se esfuerza permanentemente su autoestima (Pinsker 2002).

c.2 Transferencia y contratransferencia en arteterapia

Winnicott denominó espacio transicional, a la importancia de las relaciones que los individuos establecen con los objetos y como esto se puede constituir en una forma de transferencia que permite a la persona poder generar espacios de sanación y de alguna otra forma explicar las relaciones creadas desde la infancia y revividas cuando los pacientes realizan la transferencia. Según Naumburg (1996), en el arte y en el intercambio verbal y el creador de la imagen desarrolla una conexión emocional no solo con el terapeuta, sino también con la expresión de arte. Ella pensaba que el apego de los pacientes a la obra de arte gradualmente reemplaza su dependencia al terapeuta y que el terapeuta podría alentar esta autonomía evitando la interpretación. De esta manera la persona “descubrirá por sí mismo lo que sus imágenes simbólicas significan para él”. Por la forma interactiva de una sesión arteterapéutica que frecuentemente involucra los materiales y la entrega de ayuda, un paciente puede utilizar la expresión de arte para proyectar sentimientos acerca del terapeuta; también puede haber contratransferencia por parte del terapeuta, porque él toma el rol de proveedor en la terapia.

J. Schaverien (1987) expone que: La transferencia en arteterapia es una transferencia dentro de una transferencia. Hay dos transferencias enlazadas, pero a la vez separadas. La primera es a la imagen, la segunda es a la persona del terapeuta; estas se dan juntas, pero son en efecto ligeramente diferentes. La transferencia a la imagen es, en esencia, un diálogo consigo mismo, una reflexión de y sobre el mundo interno. La transferencia al terapeuta puede incorporarse bien en esto, pero también es interpersonal

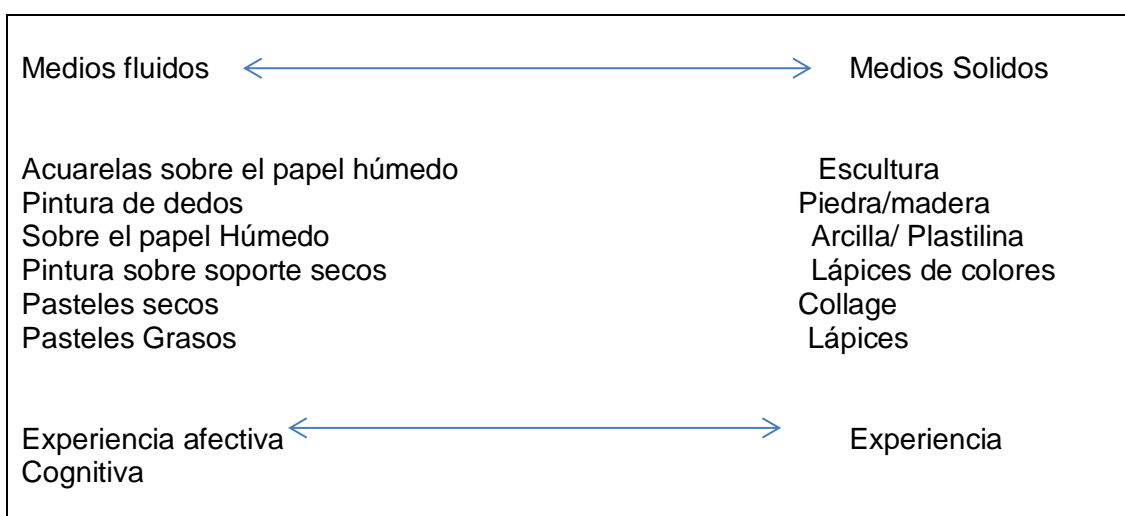
(1987). A partir de esta observación de manera parecida a la relación con el paciente, el arteterapeuta debe vigilar la contratransferencia desde la obra. La obra puede generar una relación emocional o estética en el terapeuta que, si no es tomada en conciencia y tratada, puede influir en la relación terapéutica. Por otro lado, las sanciones o pensamientos que provoca la obra puede ser usada como herramienta, lo importante aquí es que el terapeuta este consciente de sus propias acciones, que tenga respeto, que escuche al paciente y a su obra para no realizar interpretaciones desde si mismo, permitiendo al paciente proyectar en la obra, esto puede conducir a una indagación mas profunda de los elementos inconsciente, a un encuentro entre el paciente y su mundo interno.

d) Materiales y técnicas utilizadas: La pintura

La pintura fue el medio de materialización de las emociones de la paciente, ella indirectamente se ancló en la pintura potenciando su libre expresión y simbolización en la abstracción de la pintura, a través de la fluidez y la mancha.

Según Dalley (1987) se ha observado que la pintura permite una expresión afectiva mas fluida, mientras que los trozos dibujados a lápiz suelen implicar más control. Kagin y Lusebrink (1978) elaboran una tabla que clasifica las propiedades físicas de los materiales según su poder evocador:

Clasificación de las propiedades de los medios artísticos



A partir de lo anterior, se puede establecer que la paciente decide explorar esta técnica como una forma de mitigar emociones o eliminar emociones de angustia, cólera, vergüenza, culpa que ha experimentado en el último tiempo, a partir de las aflicciones que la aquejan, el proceso de la paciente, no ocurre de forma verbal si no que a través del dibujo y la pintura un lenguaje que posterior a sus creaciones pictóricas ella comenta permitiendo el fortalecimiento del vínculo terapéutico, partiendo del genuino deseo de acercamiento emocional y de la capacidad de empatía que vamos desarrollando a través de la creación.

Las técnicas pictóricas más empleadas fueron la acuarela y el acrílico, trabajo que se realizó con diferentes tipos de pinceles, y soportes, potenciando así la expresión de sus emociones, material que le permitió efectuar un mayor trabajo de autoconocimiento, fueron las telas sin bastidores las que permitieron la fluidez y la materialización de sus conflictos. Los materiales utilizados fueron: soporte para papel (cartón para apoyar), mezclador, pote con agua, pinceles de paleta y de diversas texturas (esponja, rastrillo, virutilla, malla, cordel), masking tape tessa toalla nova, acuarelas, temperas, telas con bastidor y sin bastidores y plumones.

Respecto a los tipos de soportes empleados en este proceso creativo, se priorizo la estabilidad dimensional, buenas propiedades mecánicas, ligereza, espesor reducido, resistencia a los disolventes y el agua, buena absorción, características que permitieron un buen aspecto estético.

c) Encuadre y proceso dentro del setting

Se trabajó con R. en 16 sesiones de una hora cada una. Se consigna desde las primeras sesiones la importancia de comprometerse con el proceso. Las sesiones comenzaran los días martes a las 11:00, solicitando puntualidad y constancia. El proceso se lleva a cabo en una sala que la clínica destinó para ese fin, el casino en horario que no esté en uso. Se le manifiesta que este espacio creativo de expresión y autoconocimiento libre de juicios y prejuicios.

Se utilizaron materiales que se transportaban en una maleta de género para cada sesión. Entre los materiales que se llevaron al setting, había

principalmente algunos de control bajo como témperas al agua, acuarela y acrílicos que fueron los seleccionados para explorar por la señorita R. junto con los que le permitían experimentar con lo sensorio motor y visual, como telas y papeles. Todos estos. Le proporcionaron momentos de conexión con su destreza motriz y ejercitación del movimiento con sus prótesis. Otros de los materiales, fueron elementos intermediarios, como las brochas y pinceles.

Como complemento también se utilizaron otros materiales de control medio y alto como son los lápices de tinta, de colores y acuarelas. El proceso creativo de las sesiones se llevó a cabo con una modalidad semidirectiva, dividiendo el tiempo en una parte de expresión libre y la otra con verbalización sobre su creación, esto con la finalidad de darle apoyo y contención en su proceso de transformación.

El proceso de trabajo se realiza a partir de tres fases

Fase Inicial: Se conoce motivo de consulta, necesidades y requerimientos de la paciente, a partir de ello se definen los objetivos de la terapia, se trabaja en forma libre con el fin de conocer los intereses de la paciente en relación a los materiales y el manejo con cada uno de ellos. Case y Dalley (1992), dicen que los materiales deben ser usados de forma libre, al servicio de la exploración y expresión de sentimientos y emociones. En esta etapa se intenta generar un vínculo terapéutico de confianza.

Fase Intermedia: Se desarrollan actividades específicas de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Fase Final: Se establece el cierre y profundiza en la toma de conciencia por parte de las pacientes con sus propias necesidades.

Estas tres fases también fueron repetidas en cada sesión terapéutica, en el inicio se acoge a la paciente introduciéndose con algún diálogo espontáneo o con algún ejercicio guiado de relajación o imaginaria. En el desarrollo o intermedio se procede a trabajar un tema surgido de forma espontánea o bien inducido previamente por la terapeuta, a través de la

expresión visual y por último el cierre donde se comenta o se comparte la experiencia vivida y se guardan los materiales.

3.2 Descripción del proceso terapéutico

Sesión 1 “La primera lección”

El coordinador me lleva directamente a la habitación de la que será mi paciente. Al entrar, somos presentadas y me designan el lugar de trabajo. Saludo tratando de ser espontánea, y de inmediato nos dirigimos al área de trabajo, mientras bajamos por el ascensor observo que ella no tiene ninguna de sus cuatro extremidades, es amputada. En esos segundos al interior del elevador egoístamente pienso como podré trabajar con ella si no tiene manos, le ayudo con la silla y me dirijo al lugar de reunión que por hoy será en una oficina de psicología.

Afortunadamente la paciente, a la que llamare señorita R. me explica que ha comenzado a emplear una prótesis que le permite realizar algunas actividades, yo le comento de manera general, en que consiste el arteterapia, a lo que ella, responde que antes de ser amputada pintaba y que le agradaba hacerlo. Mientras conversamos voy poniendo sobre la mesa algunos materiales que nos servirán para trabajar: témperas, papeles de colores, pinceles, lápices y le pregunto, de qué forma le gustaría que fuéramos realizando el trabajo. R me responde: “mira atrás en mi silla hay un bolso que tiene una caja, adentro de ésta hay una prótesis y elásticos para sujetarla”. Trato de ayudarla a ponérsela, me siento incomoda, es tal mi nivel de contrariedad que siento que un cosquilleo en mis manos, respiro y le comento que no se mucho de aquello y me disculpo. R, me dice que no me preocupe porque ella tampoco es una experta y que recién practicando el tema de la prótesis.

Una vez que la prótesis estuvo en su sitio, R dice que tiene una idea para esta primera sesión. Se muestra segura en lo que quiere: “quiero hacer unas flores con estos papeles”. Ella traza las flores sobre el papel con un lápiz grafito, pide ayuda con las tijeras y mientras se le ayuda se le pregunta con timidez, para no amedrentarla, que le ocurrió y hace cuánto tiempo está en la

clínica, ella me responde sin levantar la cabeza de su trabajo: “tenía un cáncer uterino, me operaron en un hospital público en Enero del año (2013) volví a mi casa y esa misma noche tuve fiebre muy alta, ingrese al hospital nuevamente, donde me internaron producto de un shock Séptico, luego de unos días y al parecer por negligencia médica me amputaron primero las piernas y luego de unos días las manos”.

Mientras el trabajo avanza, se sigue conversando con ella, estableciendo un vínculo. Va solicitando otros materiales como pegamento para pegar las flores sobre una hoja de block. La señorita R indica donde debo pegar las flores, observa la imagen que va construyendo y solamente rompe el silencio para solicitar pinturas. Se aprovecha ese instante para comentarle a ella lo difícil y doloroso que debe haber sido pasar por todo eso, a lo que no responde nada. Se le instala el pincel ofreciéndole temperas de muchos colores, desde ocupar el verde, comenzando a construir una especie de enredadera alrededor de las flores, trabaja con el pincel arrastrándolo sobre la hoja como si estuviera rayando la hoja. Comentando: “yo no tuve hijos ni familia”, luego sigue avanzando en silencio. Cuando cambia al color morado, se le preguntó si le gustan los niños: “si tengo sobrinos que no me han venido a ver hace ya un tiempo”. Se sigue avanzando en la creación de cierto vínculo que permita adentrarse en la problemática de la paciente. Finalmente, ella concluye su trabajo y comenta que le agrada trabajar con el arte y sobre todo con la pintura. Esta frase, en sí misma ya es un primer logro.



Trabajo N°1

Sesión 2: Experimentando y reconociendo

Esta sesión de trabajo fue realizada en la habitación de la paciente. Ella se muestra incómoda, dice tener conflictos de convivencia con su compañera de habitación, está pendiente de las enfermeras, de la televisión, en resumen, está distraída.

Paciente y terapeuta conversan sobre las visitas que recibe, ella cuenta que se encuentra internada desde marzo y que no recibe muchas visitas, ya que su madre le cuesta ir a la clínica. Ésta problemática, da el pie para elaborar una actividad en base a acuarelas y aguadas, que buscan encaminarla a un acto de sublimación que le permita desahogarse, liberarse, pero no de forma verbal, sino que a través de la creación arteterapéutica.

Durante la sesión, la señorita R, trabaja experimentando voluntariamente con materiales fluidos y de bajo control. Probó las acuarelas elaborando manchas, solo por jugar y en algunas ocasiones se le presta ayuda para deslizar la pintura, moviendo la hoja de papel. Siempre manifiesta su deseo de independencia tratando de mover las hojas, tomando los materiales; sin embargo, esto no fue siempre posible, ya que su discapacidad le impide por ahora, realizar todos los movimientos que ella desea, ya que se encuentra desarrollando habilidades con sus prótesis, en ese sentido el apoyo del arteterapeuta es también, toma un rol importante en el proceso de construcción del vínculo en la etapa de inicio.

A medida que transcurre la relación entre el paciente y la terapeuta, la comunicación va siendo menos tensa. Se elaboran tres trabajos, al conversar sobre su trabajo la paciente no mira a la terapeuta, su contemplación esta en su creación, a pesar de ello ya no hay una sensación ambiental ansiosa como había al principio, de igual forma siento que la paciente, es una persona que propone, que se concentra en los detalles y tiene cuidado con su trabajo. Sus creaciones desde la primera sesión, logran transmitir esa pesadez, esa oscuridad producida por su dolor y la depresión que padece. La señorita R, plantea retos, si bien es cierto estamos en la etapa de acercamiento y de fortalecimiento de nuestro vinculo terapéutico, ella hace

suponer que no logra comprender el motivo de reunión, esta sensación lleva a la conclusión, de que debe ser la terapeuta quien debe conducir el viaje de reconocimiento y de sublimación, para ello ocurra, la paciencia deberá ser expuesta a través de hechos, sobre como el arte ha modificado la vida de la terapeuta, incluso darle ejemplos de otras personas que han desempeñado esta profesión y cuales han sido sus motivaciones. Estas serán interrogadas que con el tiempo iré analizando.



Trabajos Nº 2

Sesion 3 “Laberinto”

Antes de iniciar la tercera sesión me informan que deberemos trabajar en el caso de la paciente bastante decaída anímicamente, a pesar de ello se trata y lograr que esta sea una jornada de provecho, para el trabajo.

En este encuentro se le plantea la necesidad de que ella tenga claridad sobre el objetivo de las 16 sesiones de trabajo terapéutica que realizaremos. Se refuerza el Setting se le consulta en que se le puede ayudar a través de las sesiones restantes, ella responde: “Que me acompañes me siento sola y vacía”. R, es una mujer muy sola. Vive con su madre, una mujer de muy avanzada edad, no tiene pareja. La situación cual que está viviendo es difícil, sin duda tener que lidiar con el fantasma de la soledad debe ser aún más complejo.

A través de las palabras de la paciente se puede comprender que necesita apoyo para reencontrarse con este nuevo cuerpo y las imposibilidades que este le presente. En esta dura realidad por re-significar su vida y la soledad que esto le presente, creo que el arte le puede dar un descanso, una ayuda y

consuelo. Así se observa en las sesiones anteriores y así lo manifiesto, esta sesión permite esclarecer los objetivos terapéuticos para nuestros siguientes encuentros.

En esta sesión se trabaja con lápices, haciendo curvas colores de su sagrado, luego de unos minutos observa y comenta “este es el laberinto en el que yo me encuentro, esta afirmación me recuerda a Frida Kahlo por lo emblemática que es, y se lo comento a ella, como una forma de darle a conocer las posibilidades que la creación nos puede prestar y la fuerza que necesitamos para reinventarlos en la vida.



Trabajo N° 3

Sesión 4 “reconociendo la figura humana

Se inicia la sesión haciendo referencia a las fiestas patrias y las visitas que recibió.

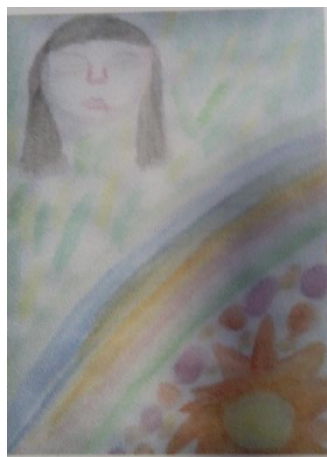
Se observa alegre, ansiosa por trabajar, es más, presta mucha atención al bolso de trabajo donde están los materiales, contemplando el trabajo anterior, R manifiesto que tiene muchas ideas y que ha estado pensando en una figura sobre un cubo rodeado de muchas figuras geométricas. Luego selecciona una hoja para trabajar, realiza de extremo a extremo una línea azul y otra naranja, luego sobre ambas líneas paso el pincel con agua. Ella dice “parece un arcoíris, a ello, indica la hoja con su brazo diciéndome a este lado me gustaría colocar un sol “Pasado unos minutos se le comenta que le pareciera que en este otro extremo dibujara una humana, ella responde “pensé lo mismo pero no me atrevo” aun así ella comienza a esbozar un rostro. La terapeuta se plantea la necesidad de trabajar cuidadosamente con ella la figura humana ya que se encuentra elaborando la representación

mental de su nuevo cuerpo, a través de secuencias y de percepciones vivenciadas en la relación con el otro.

En todas las sesiones anteriores la señorita R. disfruta de los trabajos con pintura y la idea de pintar esta esta figura humana que ella describe tan detalladamente sobre un cubo, figura que relata que no posee detalles en sus rostros ni extremidades, me da la sensación de un autorretrato y se le comento ella expresa “si puede ser y quiero hacerlo en una tela o en algo que yo pueda guardar”, estos de notas el agrado de ella por la pintura y como logra expresarse a través de las imágenes. Al ejercitar con sus brazos ya que sus manos no existen se reconoce una voluntad propia de creación, situación que ella podría proyectar para seguir desarrollando sus capacidades con la pintura en un futuro, o sea, una posibilidad de desarrollo personal, como un estímulo de crecimiento. Cada vez se la nota con más disposición para explorar la creación plástica, al comienzo solo la ejecutaba como una técnica que sirve para copiar algo que observamos, pero, rápidamente ella ha avanzado y ha logrado comprender que el arte puede ayudarle a sobrellevar su situación y conocerse a sí misma.

El dolor físico y psíquico que ella padece le permite una pausa al elaborar obras plásticas que son instrumento de mediación entre sus dolencias y el mundo nuevo que se encuentran, en palabras textuales de la paciente, “El arte sirve para inventar cosas nuevas”.

Este avance y vínculo terapéutico permitirá progresar en la etapa de desarrollo y acceder a la pintura como ella lo desea.

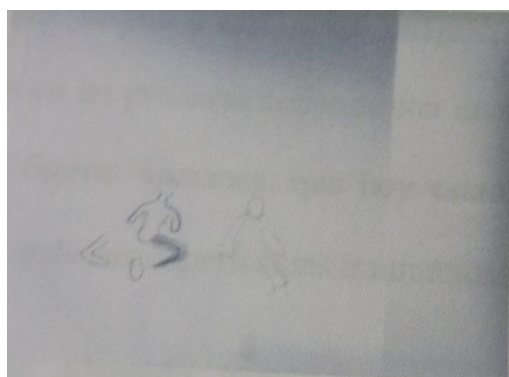


Trabajo N° 4

Sesión 5: “Un acercamiento a mi autorretrato”

La señorita R. llega sola al casino, se observa ansiosa y preocupada por el horario ya que considera que es muy poco tiempo para todo lo que desea realizar, por ello se comienza la sesión con un garabateo una hoja en blanco y acuarela de modo que esto le permita relajarse y entrar en el trabajo, durante la sesión anterior había quedado pendiente concluir el trabajo, reiteradas veces me consulta que pienso sobre su trabajo: “ ¿Estará bien?, ¿Qué color le pongo?”, cuando concluye bajas sus niveles de ansiedad. Aparece un nuevo elemento de preocupación “ la privacidad”. En esta ocasión por motivos internos y de espacio de la institución, fue necesario compartir la privacidad del casino con mi compañera de práctica y su paciente a cargo, lo cual agrego un elemento contraproducente a la terapia la desconcentración, de la señorita R y el estar pendiente de la paciente que tenía a su lado (en otra mesa), eso dificultó el desarrollo de la sesión. A menudo se distraía, a pesar de eso, concluye su trabajo anterior y comenta (A mí no me gusta que queden las cosas sin hacer), luego me solicita una hoja para comenzar a construir su autorretrato denominándolo “Acercamiento a mi Autorretrato”. Para realizarlo emplea lápiz a cuarteladle de color café, comienzan aparecer formas geométricas, en el centro de la hoja construye un cubo, realiza círculos que ella denomina burbujas, comienza describir cómo quiere realizar su figura sobre este cubo, yo le solicito que dibuje, ella responde que no se atreve entonces le pido que realicemos bocetos en otra hoja. “Esta es la figura que quiero”, me dice y luego de unos segundos comienza a realizarla. La figura humana no tiene extremidades ni detalle en el rostro trabaja concentrada y me dice “Es parecido a esto y tendrá que tener muchos colores a su alrededor”.

Durante el cierre de la sesión comento el interés por estudiar la figura humana, plantea que el lápiz le permite expresar las formas nuevas de su cuerpo, manifiesto que está contenta porque hoy logró maquillarse, le manifiesto que me agrada su capacidad de manejo de la prótesis, ella busca una forma para acomodarlas y poder lograr su idea, esto se aprecia en sus trabajos sus líneas son limpias y su trazado es firme, me siento conforme ya que en pocas sesiones, sus procesos, en el manejo de herramientas y materiales han sido notorios.



Trabajo N° 5

Sesión 6: Las distintas formas del dolor

Como una forma de caldeoamiento de nuestra sesión comenta sus bosquejos de auto-retratos realizados en la sesión anterior. La señorita R, está ejercitando con el manejo de sus prótesis y por otro lado con la expresión de sus ideas, emociones y sentimientos. Desde la sesión anterior, se puede apreciar claramente cómo logra trabajar estos dos polos de manera alternada y semidirecta, ofreciéndole medios y técnicas que ella pudiera medianamente controlar y que servirán como una herramienta de ejercitación y extensión del bagaje de las posibilidades a la hora de expresarse libremente. El arte puede convertirse en un aporte al desarrollo cognitivo y motor de la señorita R. permitiéndole desarrollar una mejor calidad de vida, el trabajo de esta sesión apuntó a direccionar su potencial creativo para expresar su trauma físico y psicológico provocado por sus patologías médicas.

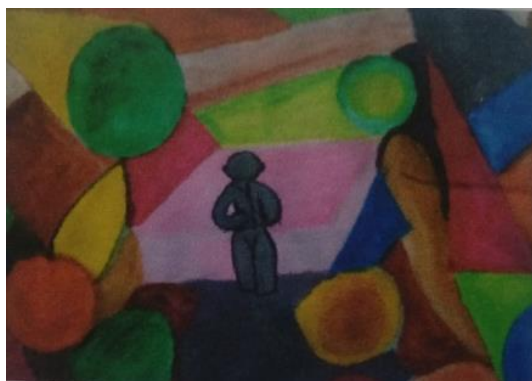
El uso de la pintura y el color es favorable para la señorita R. La pintura le ha permitido graficar el conflicto que le significa lidiar con el mundo desde su discapacidad y el auto reconocimiento de su imagen corporal actual, las imágenes cargadas de emociones y sentimientos, se materializan en las primeras sesiones con manchas de colores y que luego se fueron transformado en figuras humanas, que hoy estamos profundizando y que le posibilitan la expresión creativa de sus experiencias traumáticas.

Debido a su discapacidad se ha adaptado herramientas que podrían facilitarle un mayor desempeño y permitir desarrollar sus habilidades, ya que en este caso de discapacidad es sumamente relevante la adaptación de los elementos terciarios, por ejemplo, era necesario que los lápices y pinceles se adaptaban a la prótesis que utiliza, luego de cinco sesiones in pincel le permite trabajar en forma plena. Se aprecia a lo largo de las sesiones que la acuarela le permite trabajar las distintas tonalidades de los colores, además de facilitarle el uso de transparencias que le presta esta técnica. Esto la ha llevado a aprender a diluir los trazos que no son de su agrado, situación que me ha permitido bajar en alguna medida los niveles de frustración que se percibían en las primeras sesiones.

En esta sesión la señorita R, sigue trabajando en la imagen construida en la sesión 5, comenzando aplicar color a las figuras geométricas, me causa curiosidad estas formas que rodeaban a la figura humana del centro de la hoja comentándolo en la supervisión de practica donde mi tutora me recomienda leer el texto de Eva Marxen “Las artes en el dolor y el conocimiento psicoterapéutico”, lectura que me ayuda a comprender el trauma de mi paciente y cómo ésta logra materializar su dolor a través de estas figuras abstractas, en las dos últimas sesiones, en especial me permite vincular el quehacer de R con la artista visual Eva Hesse, según Marxen (2011) ella no revela en su obra, el dolor y el trauma directamente, sino que lo realiza de forma abstracta. Este elemento, que es inconscientemente utilizado por la paciente, se aprecia claramente en los círculos y cuadrado que construye en su obra, recordemos que en sesiones anteriores siempre rehúye profundizar en sus temas mas traumáticos esta incomodidad manifestada de forma verbal también es llevado a su producción plástica, su dolor se encuentra escondido y se confunde en estas formas coloridas, esto me grafica que ella está logrando estructurar una forma abstracta de sus pérdidas y los dolores que éstas le provocan.

Mientras avanza en su pintura, se le consulta cuál será el color de la figura humana y me plantea “será Gris” guardo silencio por un momento y le consulto ¿Qué representa para ti el color gris? Y me responde “es simplemente un color que me es indiferente”, esta respuesta sirve para abandonar prejuicios estéticos sobre el color gris que se relaciona la

depresión, se observa animada frente a su trabajo. Al momento del cierre se le pide comentarios sobre su proyecto donde ella manifiesta que le gustaría que fuese perfecto por ello continuará la sesión siguiente, durante esta sesión la terapeuta se encuentra inquieta que repase los colores una y otra vez, ya van dos sesiones en este proyecto, a pesar de esa “inquietud” comprende que este es su espacio y la paciente debe sentirse segura, por esa razón se le da el tiempo necesario para aplicar los colores que ella desea.



Trabajo N°6

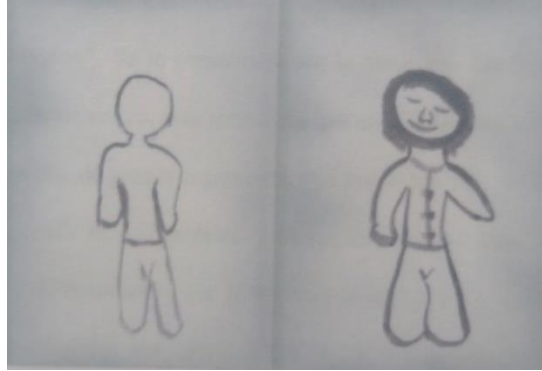
Sesión 7 “No tengo rabia sino pena”

La paciente llega bastante decaída y señala “estoy pésimo, tengo pérdida auditiva del treinta por ciento de mi oído izquierdo, tengo una hernia estomacal de la que me tengo que operar, todavía no me llegan las prótesis definitivas quiero aprender a ocuparlas necesito ponerme de pie para volver a mi casa y poder trabajar”. Hay un silencio y comenta “no sé qué castigo estoy pagando si yo soy una buena persona” esta no es obviamente la mejor forma de iniciar nuestra sesión, se observa que R no derrama lágrimas, pero su mirada es de una tristeza profunda que traspasa, se le pregunta que “porque piensa que esto es un castigo” ella responde “*no se a veces siento rabia, pero de verdad, es tanta la pena que tengo, que ya no me quedan lagrimas para derramar*”.

La paciente deja entrever que busca causas a su desgracia y se siente confundida, considero que mi deber como terapeuta, es enfocar su atención a las habilidades que últimamente ha descubierto de sí misma a través del trabajo plástico. Luego de esa conversación se le propone meditar unos segundos para aminorar la tensión del ambiente luego de unos segundos continúa trabajando en su obra "Acercamiento a mi autorretrato" mientras retoca con acuarela las formas abstractas, ella manifiesta que más adelante quiere cambiar el soporte de papel a algo que perdure, ella desea expresarle al mundo lo que ella está viviendo y sentirse valorada.

Cuando piensa que la obra está terminada me la muestra yo planteo cambiar de actividad pero antes me comenta "yo podría exponer" "mis obras están muy feas" le manifiesto que claro que puede exponer, pero hay que construir otras obras de manera que los espectadores comprendan lo que ella quiere decir, entonces comienza a describirme su nueva idea en acuarela, se le ofrece papel de gran tamaño para pintar, luego de manchar las orillas de la hoja con color verde nuevamente que siente miedo de trabajar la figura humana, le ofrezco hojas de block y cambiar el pincel por el lápiz prefiere el pincel, indica sentirse más segura, traza dos figuras humanas cada una en una hoja distinta, realiza primero el contorno de las figuras que no poseen extremidades y luego comienza a delinear un rostro de una de las figuras, se le pregunta cuál es la que le hace mas resonancia para que la traslade a su obra final me responde "la sin rostro".

Al analizar los trabajos de la señorita R aparece claramente el trauma y el dolor que le ha significado reconocerse en esta nueva imagen corporal, percibo con ello y a través de sus comentarios que está confiando en el arte como un medio de expresión y por ello está buscando estructurar un lenguaje propio que sea coherente con sus vivencias y sus expresiones plásticas.



Trabajo N° 7

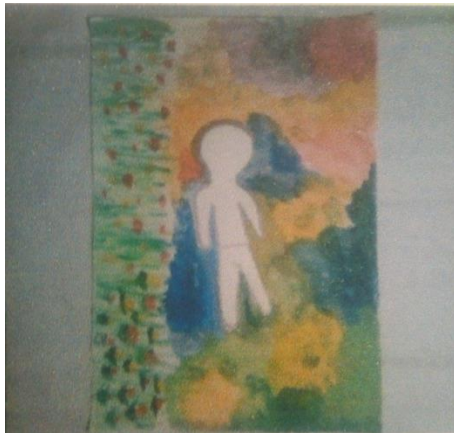
“Sesión 8 “Así me siento, Vacía”

En la 8ª sesión, la paciente decide nuevamente continuar con el trabajo anterior “Acercamiento a mi autorretrato”, pide las acuarelas para concluir con algunas figuras geométricas que le faltan por retocar, según su apreciación. A pesar de lo que ella dice, se nota que esta lista pero también tengo presente que todavía estamos elaborando una forma de aceptación de su nueva imagen, por ello es importante permitirle volver a esta obra las veces que ella lo estime conveniente, ya que se produce un dialogo muy íntimo consigo misma que es relevante para la terapia.

Posterior al retoque de su trabajo, continuamos con el nuevo proyecto de acuarela, donde ella manifiesta su interés por continuar trabajando su propia imagen, R me comenta que su pintura será un lugar lleno de colores. Para ello, emplea con mucha delicadeza los tonos rojos y verdes, me pide ayuda para mezclar las pinturas, a medida que avanzamos nos acercamos al centro de la obra y comenta “quiero realizar la misma figura anterior pero más parecida a lo que imagino”. Se le presenta sobre la mesa los dos bocetos realizados, sin hablar indica sin rostro, esta actitud nos permite preguntar cuál es el motivo de su elección, sin embargo ella de pronto argumenta: “yo me siento así vacía”. Al expresar algo tan íntimo, se comprende el compromiso y el respeto y el respeto que se debe tener, y a la vez la necesidad de apoyo y de contención que la señorita R necesita. La paciente solo quiere ser escuchada y que su situación sea comprendida. R, dibuja la imagen vacía y al concluir, comienza a diluir la acuarela a través de manchas

en la parte superior de la figura, ocupa todos los colores, observa y comenta “estoy listo por hoy”.

Mediante la exploración y la experimentación de las distintas formas de hacer pintura, se le pretendo entregar a la señorita R, metodologías y herramientas para que más adelante sea capaz de realizarlo de forma individual y disfrutar con libertad el uso de los materiales y los reconozca como una vía de expresión y de sus ideas y emociones. A medida que avanza la terapia se observa el entusiasmo de la paciente. Esto es favorable, incluso se nota que hasta su postura física ha mejorado, está más erguida, levanta su cabeza para hablar y en varias ocasiones repite “espero toda la semana este momento me siento libre, me encanta pintar”. Sin duda es un avance verdadero y tangible.



Trabajo N°8

“Sesión 9 “Encuentros y desencuentros”

Durante esta novena sesión, la paciente llega puntual ansiosa y quiere efectuar la selección de sus trabajos para el concurso de la Teletón, R observa preocupada del tiempo, mueve su silla mientras instalo los trabajos sobre la mesa, luego pregunto ¿Cuál consideras tu que debes enviar? “la verdad es que todos, pero me inclino por acercamiento a mi autorretrato y el último trabajo “vacío”, pero me gustaría definir algunos detalles del primero que selecciones”, ella manifiesta esta situación y la terapeuta trata de ser cuidadosa en ello, ya que no quiere imponer soluciones que respondan a sus

propias inquietudes artísticas sino que, lo que quiere es contribuir con la reparación emocional y física de la señorita R. comienza a guardar las obras, y deja de manera cautelosa las acuarelas y pinceles sobre la mesa. Se le pregunta a la paciente: ¿Por qué tienes necesidad de volver a trabajar en una obra que ya habías dado por concluida? “Es que me gusta la perfección encuentro que debo marcar los bordes”, se debe notar que cada vez que la señorita R se siente insegura vuelve al mismo trabajo y deja de lado lo que está construyendo, como si necesitara un refugio para poder controlar y cambiar lo que no le agrada, por ello no le impido que lo realice pero si le sugiero avanzar en sus otras creaciones.

R comienza a delinear su trabajo lo concluye y me dice “quiero una hoja grande continuare con las acuarelas y no pensare nada solo pintare”. Se preparan los materiales y solicita un pincel distinto al que había ocupado en trabajo anteriores “quiero probar otro tipos de pinceladas”, se le recomiendo un pincel y se adecua a su prótesis, comienza a realizar distintas manchas, mueve la hoja para observar su trabajo de distintos ángulos, luego de concluir el trabajo cambia nuestra energía. Ya que fue inquietante la situación de la selección de los trabajos para su concurso, antes de despedirse comenta: “gracias me encanto el trabajo final de hoy, en realidad muchas veces me quedo pegada en las cosas y mi trabajo no queda como yo quería pero hay que avanzar y lo que hice aquí con las manchas me encanto me voy feliz.



Trabajo N° 9

“Sesión 10 “El sol”

Esta sesión la comenzaremos unos minutos más tarde. R me comenta que se quedó conversando me cuenta que está contenta porque la han visitado unas amigas, que se siente satisfecha por enviar sus trabajos al concurso. Comenzamos la sesión revisando sus tres últimos trabajos, los observamos y le consulto ¿Cuál es el que más te gusta? “Manchas porque es el que más me refleja porque me siento contenta y estos dos no me agradan estoy encerrada en mí, aunque a mi alrededor hay alegría”. R es honesta consigo mismo al reconocer que ha estado ensimismada en sus dolencias.

El valor estético de la creación puede permitir o podría tener como resultado la compensación del dolor en la señorita R, este planteamiento se respalda en el trabajo de Sara Pain, al plantear que la mirada estética y la escucha terapéutica abren al sujeto el acceso a la multiplicidad de la cultura, para que situé en ella su propia historia. A partir de ello se comprende que la señorita R en su décima sesión ha iniciado un camino alentador, al sentirse escuchada y acompañada, pienso que de alguna forma comienza un largo camino que podría llevarla a superar o compensar su dolor.

Al calor de esta gratificante conversación con la señorita R, se inicia el trabajo; presentándole un bastidor, acuarelas y acrílicos, se muestra como una niña con un juguete nuevo. Hace unas sesiones atrás ella pidió cambiar el soporte y por ello hoy se utilizara una tela de treinta por cuarenta. R plantea que quiere seguir trabajando con acuarelas, instalamos su pincel y comienza una fiesta de colores. Hay seguridad en su trazo, solicita colores, trabaja concentrada y en silencio. Comienza desde el centro de la tela trazando un gran círculo del cual se desprende brazos de luz, mueve el bastidor de un lado a otro, para observar de distintas perspectivas solicita levantarle la tela en varias ocasiones, de pronto dice: está listo su nombre es “El Sol”.

Este es uno de los momentos más especiales del trabajo realizado con la señorita R no le importó nada más, estaba ella y su creación, asumió un rol de artista, un ser creador que interactuó tanto con los materiales y conmigo. Este trabajo sin duda le ha permitido descubrir en sí misma una posibilidad desconocida, situación que se ve reflejada en su obra plástica.



Trabajo Nº 10

Sesión 11 “La mancha, es algo sucio que me molesta”

Se inicia la sesión abordando su pintura anterior denominada “el sol” donde me explica que “el centro es un sol que traspasa luz a las personas que se encuentran alrededor”, comenta que el sol es ella y agrega “ Este cuadro me gustaría exponerlo” entonces se le consulta que espera ella de una exposición, “ la verdad no sé, no he pensado nada sólo que me gustaría que estuvieran los cuadros enmarcados juntos” esa explicación lleva repensar el sentido terapéutico de esta exposición, es decir que hay que ayudar a la paciente a construir una mirada curatorial, vislumbrando sus necesidades terapéuticas de contención y reparación para que su calidad de vida mejore en alguna medida.

Antes de continuar se indaga en la obra “vacío” se buscan antecedentes sobre esa sensación que la señorita R. manifiesta la recopilación de estos antecedentes permitió elaborar el cierre terapéutico y poder sugerir trabajos terapéuticos futuros, ya que ella seguirá internada en la clínica por bastante tiempo. Se le consulta por el trabajo mencionado y su sensación respecto de él. Ella explica que cree que esta sensación de vacío no es producto de sus amputaciones si no que proviene de antes. Luego agrega: “incluso siento que por ello me dio cáncer, y alguien me lo comento, yo tuve una depresión que nunca trate y al año me dio cáncer, y alguien me lo comentó yo tuve una depresión que terminó con un cáncer y luego en lo que tú sabes”. Tan pronto termina pide materiales para trabajar, creo que busca expresar lo que en ese

momento estaba sintiendo con la acuarela. Le ofrece la tela preparada, por un bastidor, sin límites demarcados, para ella establecer el tamaño de su obra según sus propias apreciaciones. Comienza a trabajar con la mancha y se le consulta mientras sigue rompiendo lo blanco de la tela con la aplicación de los colores, “que significa la mancha “se busca que R encuentre la respuesta en si mismo, ¿Qué es para ti la mancha? Ella responde mientras continúa afanada en manchar la tela “la mancha es algo sucio que me molesta” Queda claro que la mancha es algo que le molesta. R agrega “si en realidad estoy enrabiado y siento me molesta”.

Estos últimos comentarios evidencian que el arteterapia sin duda ha sido efectiva y ha permitido avances claros en unos de los objetivos de la terapia, apuntan a contribuir con su proceso de rehabilitación, inclusive la señorita R consigue identificar algunos atisbos de sus conflictos y los relacionaba con su creación, que ella denomina “el cometa”.



Sesión 12 “Las cosas comienzan a Fluir”

Se inicia observando el trabajo anterior “El cometa”. La paciente “me gustan los colores, me siento más libre”. R contempla su obra y se le propone trabajar con acrílicos para que de esta forma la mancha, el recurso estético que investigan pueda tener más materialidad, a partir de la exploración de los materiales continuamos con la tela en esta ocasión prefieres partir la tela en tres pedazos y pintarlos de forma separada.

La sucesión de hechos de la vida de la señorita R la muerte de su pareja, la depresión, el cáncer y luego la amputación de sus cuatro extremidades me hacen pensar que de forma involuntaria pierde su razón de existir, como ella, sin darse cuenta condujera su vida a un suicidio inconsciente, situación que quizás en alguna medida se ha visto mitigado por el trabajo realizado en la clínica en donde ha tenido un espacio de recuperación, que le esta permitiendo que logre su reparación física y psicológica, a partir de ellos es fundamental para su proceso terapéutico proponer explorar sobre la mancha ya que la sesión anterior ella misma establece su significado.

Se despliega la tela sobre la mesa y se le pregunta si la quiere cortar antes o después de aplicar la mancha, decide realizarlo antes, por ello cortamos la tela en tres partes una rectangular y dos cuadrados, se le enseña la técnica del acrílico y se deja trabajar a gusto con el color blanco. Mientras pinta describe lo agradable que le resulta trabajar con los acrílicos, que las manchas toman consciencia y textura. Ella las define, emplea colores que contrastan, el gesto respectivo de tomar el pincel le permite el esparcimiento logrando la movilización de su brazo de un lado a otro, muestra una soltura que expande energía, se observa en su pintura que está llena de movimientos. Cuando concluye de pintar los trozos de pintura conservamos sobre su trabajo donde ya no insiste en preocuparse por mi aprobación, sino que lo construye para desahogarse esto en algunas medidas me permite constatar que el miedo a enfrentarse al vacío y al banco de la hoja o tela ha comenzado desaparecer.

En esta sesión ha quedado claro que para la R, Debido a sus circunstancias físicas y lo estructurado que para ella era el concepto de arte, ha sido todo un acierto proponerle otras formas de soporte y de presentación de las obras, ya que eso le ha abierto otras perspectivas. Todo lo anterior ha significado un aporte para su terapia, se entiende que hay distintas formas de elaborar la pintura y otras formas de ejecutar las cosas. Esto queda de manifiesto en el comentario que R me hace despedirnos: “ya no temo equivocadamente en la tela”, y sin duda así es, sus trabajos de hoy los domina la fluidez, este reconocimiento es de suma relevancia comprendiendo que hoy cerramos la etapa de desarrollo de nuestro trabajo terapéutico y permitirá un cierre con una paciente más segura de sí misma.



Trabajo Nº 12

Sesión 13 “Abriendo caminos”

La propuesta de trabajo para sesión es continuar con la experimentación en tela y la aplicación de la pintura acrílica. En esta ocasión se le ofrece la tela antes de pintar “Hoy no quiero cortarla, quiero trabajar la pintura como un camino”, se adhiere la primera parte de la tela aun cartón piedra para que no se deslice, ella inicia su trabajo con el trazo de líneas rectas formando algo parecido a unas montañas. La pintura es un medio que la está ayudando a componer y descomponer, a plantear nuevas formas de hacer las cosas, su propuesta de construcción de esta sesión sin duda es bella, permite que logre entrever un nexo entre su manera de construcción y sus vivencias personales, trabajo que se ha ido acreditando en estos últimos meses de terapia. La aplicación de pintura se ha transformado en una lucha que abre espacios. R. Mueve la tela en distintas direcciones para plasmar esa mancha que ha creado y condicionado para eliminar todo lo que molesta.

El descubrimiento realizado junto a la señorita R sobre las posibilidades creadoras que le preste la pintura permiten adaptar soportes con papel, telas y dimensionarlas según sus necesidades, todo esto contribuye a la comprensión de sus cualidades y capacidades para elaborar su propio discurso visual, alejándose de estereotipado.

Todas las reflexiones elaboradas en su entorno creador han llevado a R. a descubrir y confeccionar y significar la mancha en su pintura, en donde explica que son cosas y situaciones que la molestaban, transforman, el mal en bien, en este caso el arteterapia trabajo como andamiaje a través de los lenguajes pictóricos, teniendo como propósito el hallar y fundar vinculaciones

potentes y duraderas. Por esta razón ha sido productivo el trabajo realizado en tela, ya permite la fragmentación, la desvinculación, la separación de construcciones junto a sus reflexiones y comentarios; los cuales permitieron conocer mejor a la señorita R, situaciones también es afirmada por ella cuando plantea “ Estos trabajos me han permitido conocerme.”



Trabajo Nº 13

Sesión 14: Angustia o Goce plástico

La experiencia EMOCIONAL DE LA R al interior del taller permite comprender el objetivo o foco terapéutico de contribuir con la rehabilitación de ella, en torno a su nueva condición corporal y sus alternativas afectivas e interacciones sociales provocadas por la larga estadía en la clínica; ameritaba que para ir concluyendo con el taller, se hacía necesario continuar con los materiales que en estas últimas sesiones se han empleado, ya que sin duda han favorecido su potencial creativo. Además le han permitido configurar un estilo pictórico respaldado en la atracción, el robustecimiento de la mancha con lo pastoso del acrílico. Todo esto ha llevado a la R a descubrir de forma simbólica que es lo que le produce la mancha realizada en sus vínculos terapéuticos y sin duda favorece el objetivo de acompañarla durante su rehabilitación.

Durante esta sesión se le ofrecen nuevamente telas y pintura acrílicas, ella no desea dimensionar el soporte, sino que quiere pintar el tamaño total de la tela, señala “que hace mucho tiempo imagina formas geométricas” comenzando a trabajar sobre la tela blanca que, como de gran tamaño nos obliga a ocupar la mesa. R logra conseguir una noción espacial que le

permite espaciar su pintura de forma más fluida, a pesar de ello se encierra en una esquina tratando de construir un cuadrado. Se observa incomoda se le da un tiempo y luego se la interrumpe preguntándole que sucede, ella responde que no sabe pero que tiene ganas de pintar, pero no sabe qué, entonces se le consulta que lo diferente que está haciendo hoy que la hace sentir inquieta, luego de una pausa, le señalo: “Sera la estructura geométrica que quieres elaborar, estás pensando mucho y no deja fluir tus emociones en la tela”. Además hoy está empleando una prótesis nueva, ya que la antigua se estropeo. Por ello necesita más apoyo que de costumbre esta nueva prótesis no permite las destrezas adquiridas o quizás también influye la carga afectiva que le tenía a la anterior prótesis. En virtud de todo esto, se le propone continuar con la mancha y sus propiedades, acepta esta propuesta de trabajo y se la orienta a centrar su atención en los colores y en la textura, A medida que avanza su trabajo logra transformar su energía, se observa más segura y finalmente logra concluir la pintura.

En esta sesión la señorita R alcanza a vivenciar la angustia y el goce creativo, ya que transforma por no lograr pintar lo que deseaba con la pintura y sus colores revertir esta situación es sin duda acontecimiento positivo y agradable. La experiencia creativa vivida en esta sesión, podría encaminarla a la subjetividad de los conflictos, es decir, estas dificultades podrían marcar el correcto paso de las vivencias y problemas personales a la sublimación a través de quehacer artístico. Sin duda esta situación ha sido terapéutica.



Trabajo N° 14

Sesión N 15 Autorretrato

Al inicio de sesión, se dispone sobre la mesa los dos tipos de soporte empleados en las últimas sesiones: tela con bastidor y tela sin bastidor. Se le preguntó a la señorita R ¿cuál de estos soportes quieres usar para su trabajo final? Selecciona el bastidor y se le explica la consigna, confecciona un autorretrato empleando todo lo que ha trabajado, manchas, figuras, abstracción y antes de concluir con la explicación me dice “pintare mi silla ahora este objetivo me refleja, y siempre estará rodeada de flores y manchas coloridas” antes de comenzar se le consulta si quiere pintar con acuarela o acrílico me dice “con acrílico me siento más segura”.

Antes de continuar se le plantea si tiene algo pendiente para comenzar a trabajar o por concluir, ella plantea que no, pero que quiere saber si va a poder exponer, luego de varias conversaciones con el coordinador en la clínica se trata de ir confirmando esa posibilidad, ya que será importante concluir con una exposición. La realizaremos cuando se termine con las dieciséis sesiones fijada, la idea es que la muestra plástica tenga una mirada curatorial que sea favorable para el proceso de restauración de una imagen.

R, comienza a trazar la silla de ruedas con un pincel pequeño, que se adaptado a su prótesis la siento incomoda, entonces se le propone que se centre en el fondo del cuadrado y comienza a plasmar a través de los colores sentimientos de alegría por haber avanzado en este duro camino que le ha presentado sus enfermedades y proceso de rehabilitación. ella cambia el pincel por uno más grueso. Elige el morado y el azul, de manchar el fondo y observar que este se observa plano. Comienza entonces a aplicar pintura blanca y amarilla matizando luces para darle una profundidad a su imagen. Al instante comienza a construir las flores en el cielo del cuadrado. R observa detenidamente su trabajo pide que lo aleje y dice que retocara la silla con el pincel pequeño, realizamos el cambio y comienza a efectuar los detalles, luego de un de un momento pide que aleje el cuadro y me dice “de lejos se observa mejor me gustan los colores y que sea alegre”.

En el hacer de su trabajo arteterapia y en este último trabajo se evidencia fue capaz de interiorizar verdaderamente que no interesa la obra final, sino que el verdadero significado está en el hacer, en el proceso, y que no da lo mismo como se llega al resultado. Entonces ella dice “estoy contenta con este cuadro no es perfecto pero me refleja como soy ahora, en otro momento estaría enojada porque no es perfecto “sonríe.

Se le consulto porque no está ella en la silla “si estoy en los colores, en las flores yo si estoy” esto hace pensar que el arteterapia para la señorita R. no eliminó todos los conflictos pero si le ayudó a enfrentarlos. Tampoco disminuyo su capacidad, pero si colaboro a que ella tenga una calidad de vida.



Trabajo N° 16

Sesión 16: “Entre el esfuerzo, el dolor y la alegría”

En la última sesión de arteterapia, se hizo un breve recorrido por el proceso de trabajo, se estableció claramente las etapas de trabajo. Se le propone a R ordenar sus obras en tres etapas, inicio, desarrollo y cierre, de esa forma se instalan los trabajos sobre la mesa y en la pared de la sala, luego de un momento de prestar atención y contemplar las obras realizadas la señorita R plantea estar satisfecha y que le gustaría exponer todos sus trabajos ya que todos tienen algo de ella. Se le consultó que le gustaría que las personas contemplaran en ella, o que le gustaría que vieran de ella en la exposición. La paciente dice: “A mi no me gustaría que vieran mis piernas, encuentro que

eso es muy personal” se le explica que en sus cuadros es inevitable que los espectadores perciban la pena, la fuerza y la lucha que ella ha dado, ella debe tener presente que eso no tiene una carga negativa, ya que todas las personas tenemos penas y conflictos, y que mostrarlas a través de obras plásticas las convierte en algo tangible que pertenece al pasado y presente personal y que eso muestra el reflejo de su interior, y que es algo que no se puede evitar.

Es importante que R comprenda que la obra de arte hace posible que veamos nuestro interior, que nos observemos desde otra perspectiva como parte de un todo, y en ese punto es importante que trabajemos en comprender lo que nos hace mas inasequible de nosotros mismos o de nuestro entorno. Se comenta a la paciente que generalmente en los talleres de arteterapia no se realizan exposiciones por lo personal de las obras, pero que es su caso, por lo que hemos recorrido y lo que para ella a significado volver a reencontrarse consigo misma, se ha considerado que es relevante para su autoafirmación, realizar la muestra, y también sería provechoso mostrar a otros pacientes que se encuentran en la clínica su capacidad de resiliencia y el aporte que puede llegar a significar en su rehabilitación e incluso, considerando su ejemplo, en la rehabilitación de otras personas.

Se le propone a R, que elabore una frase descriptiva de cada etapa de su proceso de arteterapia. Ella sin ninguna dificultad comienza a confeccionar las frases:

“De la desconfianza a la confianza” Etapa de inicio

“Redimir y fluir las manchas de la rabia y la impotencia” Etapa de desarrollo

“Aprender del dolor para llegar a la alegría” Etapa de cierre

Se le pregunta como titulará su exposición, ella decide llamarla:

“Entre el esfuerzo, el dolor y la alegría”

Se realiza el proceso de diseño de las obras, todo lo realizado sobre tela queda punteado sobre otra tela. Se le muestran diferentes colores, elige verde y negro en esta última quiere pegar sus trabajos de papel, y en la tela verde, quiere cortarlas a la medida de cada obra y ponerla de fondo, entonces ella dice que le gustaría probar algo que se le propuso antes.

Corta la pintura “abriendo caminos” en tres partes y pide que la pequemos a la tela verde. Antes de terminar fijamos la fecha y la hora de la exposición, se despide con un gran abrazo, la paciente dice “si yo no puedo hablar en la exposición ¿tú me podrías apoyar?” claro, responde la terapeuta, yo estaré ahí no te preocupes. R dice, “para mí es muy importante esto”. Lo dice con emoción y convicción, y por cierto, esa es su verdad.



Trabajo N° 17

3.3 Análisis del proceso terapéutico

Para diseñar la intervención: antecedentes de la paciente y familiares, el trabajo realizado por los profesionales de la institución para su proceso de neurorrehabilitación y sus antecedentes creativos, que fueron expuestos anteriormente.

Las etapas de la intervención serán expuestas en la siguiente tabla:

| Etapas | Objetivos | Actividades |
|--|--|--|
| <p>Inicio:</p> <p>4 sesiones</p> | <p>Establecer el encuadre/setting</p> <p>Fortalecer el vínculo terapéutico</p> <p>Explorar con los materiales</p> <p>Adecuar las prótesis para el trabajo</p> | <p>Trabajo con acuarelas</p> <p>Lápices acuarelables</p> |
| <p>Desarrollo</p> <p>O</p> <p>Intermedia</p> <p>8 sesiones</p> | <p>Facilitar el proceso de integración de las implicancias que trae la amputación de sus extremidades en relación a la imagen corporal.</p> <p>Favorecer la autoestima y autonomía a través de la expresión artística – plástica.</p> <p>Ejecutar el uso de elementos protésicos en sus miembros superiores.</p> <p>Favorecer la autoestima y autonomía a través de la expresión artística – plástica.</p> | <p>Trabajo con acuarelas y acrílico</p> |
| <p>Cierre</p> <p>4 sesiones</p> | <p>Ejercitar el uso de elementos protésicos en sus miembros superiores.</p> <p>Cierre del proceso arteterapéutico</p> | <p>Trabajo con acrílico</p> |

En las primeras sesiones se aprecian conflictos producto de su cuadro médico, situación que fue compensada en alguna medida con la terapia del arte al permitirle iniciar un camino hacia la liberación de frustraciones, rememorando ausencias, analizando aspectos de sí misma que no le agradan. Su producción artística le permite transformar dolores en algo favorable y vivo, que de algún modo le permitieron disminuir su labilidad emocional que se presentaba claramente en las primeras sesiones.

En relación al uso de los materiales, se proporcionaban todos de manera que la paciente pudiera elegir con total autonomía el que más le agradaba, esto es compartido Case y Dalley (1992), sosteniendo que los materiales deben estar al servicio de la expresión de sentimientos y emociones del paciente, a pesar de esta disposición siempre le agradó el uso del pincel comenzando a experimentar con las acuarelas y luego con los lápices acuarelables donde deja fluir sus emociones.

Al comienzo de la terapia, la señorita R demuestra adherencia e interés por asistir, sin embargo, se observa ansiosa y tímida, incluso no mira a los ojos y se encuentra sentada de forma arqueada. Desde un comienzo, se configura la alianza terapéutica. En arteterapia como en cualquier proceso terapéutico se busca establecer un vínculo suficientemente fuerte que permita el desarrollo de una relación de ayuda. El vínculo terapéutico, puede ser definido como el compromiso interpersonal o la alianza que se establece, entre paciente y terapeuta. Este releja las contribuciones a la calidad y atmósfera global del proceso que emerge entre dos "(Orlinsky, 1994), Este vínculo terapéutico es relatado en el cierre cuando describe por medio de una frase esta etapa" **"De la desconfianza a la confianza"**

Durante los primeros encuentros, el tema de la relación entre paciente y terapeuta, se fue estableciendo con facilidad producto de la empatía y valoración positiva por parte de la terapeuta, a través de las experiencias vividas en las sesiones de arteterapia, a partir de la tercera y cuarta sesión se acentuó la conexión con las sensaciones y emociones del momento presente, manifestando en sus creaciones un laberinto y luego intentando elaborar una figura humana.

En esta etapa de desarrollo, la paciente profundizó en el plano de los afectos, elemento importante para el reconocimiento de su imagen corporal, empieza a demostrar que encontró una vía de expresión personal, manejando la técnica pictórica de acuerdo a sus capacidades y limitaciones, situación que se verifica por el interés creciente que la señorita R depositó en asistir a la terapia, manifestando sus conflictos emocionales verbalmente y en sus expresiones plásticas, esto se observa en sesiones como “Las distintas formas del dolor” aquí se observa como la paciente logra materializar su dolor a través de las figuras abstractas, y comienza a construir la figura humana sin rostro y sin extremidades, de esta forma podemos percatarnos de que además de revelar de forma visual su dolor, por el color, las formas geométricas de su obra, también permite conocer su magnitud y el nivel de daño psicológico producido por la amputación de su cuerpo y lo contenido que tiene ese dolor en su interior. Cabe mencionar que en este proceso de descubrimiento de su nueva imagen incorpora espontáneamente el gesto, esta es una señal que demuestra como consigue focalizar lo visual con lo motor, comprendiendo que para este tipo de pacientes la coordinación motora es difícil de llevar a cabo, es decir R. realiza una conexión del cuerpo con su cerebro al poder coordinar su trabajo motor, moviendo el brazo completo para realizar un trazo en la tela. Como se indicó en el primer capítulo, la imagen corporal es una construcción mental de esquema sensorio-motor (Pain y Jarreau 1996), a partir de ello se establece que la terapia de arte le permitió a esta paciente ejercitar coordinaciones sensomotoras elementos que contribuye con su recuperación. Continuando en la misma línea de construcción de su imagen corporal con la terapia de arte profundizaremos en el plano de la constitución del yo, el cuerpo es también la base del “Yo” corporal que es la primera imagen de identificación del sujeto consigo mismo, esto se ve graficado en la sesión “Un acercamiento a mi autorretrato”, donde trabajo con lápiz y trata de graficarse a si misma. Esto también se puede contextualizar dentro de lo que sostiene Connell (1998) respecto a que la creación ofrece una manera de explorar y cuestionarse lo que está sucediendo con su cuerpo. Con este trabajo que no dura una sesión sino que varias, ella adquiere otra mirada de su cuerpo, dejando alguna medida atrás ese paso que manifestaba en obras como el laberinto.

La elección del color también cobra un rol preponderante en la expresión de las ideas, sentimientos y emociones de R., aprovechándolo como un vehículo catalizador de las mismas. Según Pain y Jarreau (1994) “Es importante tener en cuenta el objeto o la parte del objeto representada con un color, ya que poco a poco debe ser construido un código subjetivo que une los objetos (o el nombre de los objetos) a las emociones, y las emociones a los colores, para comprender el discurso que encierra la representación.”, esto es observado en sesiones donde trabaja la obra “El sol” aquí logra transmitir fluidez autonomía creativa y seguridad.

Winnicott (1971) plantea que “existe una relación con la realidad exterior de acercamiento; se reconoce al mundo y sus detalles, pero solo como algo que es preciso encajar o que existe adaptación.” (Winnicott, 1971), sobre este proceso de transformación que busca la terapia de arte al adaptarse a este nuevo esquema corporal, tras el cambio radical sufrido en la vida de R., podría establecerse que durante el desarrollo de la terapia, se produjo en forma progresiva y de forma positiva. El trabajo con los materiales al interior de la terapia le proporcionó una vía de validación e integración, sobre si misma frente al mundo, gracias a un incremento del auto percepción creadora.

La exploración de los materiales posibilitó que se verbalizaran conflictos emocionales como la muerte de su pareja, su sensación de vacío y depresión. En algún grado elaboro el duelo producido por la amputación a través de la creación de autorretrato a medida que adquiere confianza en si misma, comienza a desarrollar la autonomía e incrementa la producción artística, prontamente, el centro de interés de las pinturas toma una nueva trayectoria, aparece el uso de la mancha y los colores construyendo una simbolización sobre lo que esta le producía. Este componente creativo y de toma de conciencia contribuye a tomar una dirección asertiva y permite que la señorita R se interese y valore su capacidad creativa y curativa del arte, permitiéndole una mirada más cercana frente a sus conflictos, ya que opera directamente sobre la integración de la experiencia con la proyección inconsistente de nuevas expectativas de su vida.

La frase de esta etapa es **“Redimir y fluir las manchas de la rabia y la impotencia”**, al iniciarse el proceso de cierre de la terapia, se construye un espacio de búsqueda sobre las propias capacidades vinculadas a la experiencias mediadora de la terapia, o sea se comenta en profundidad los trabajos y se analiza el proceso general de sus obras plásticas, durante la sesión denominada la “La angustia al goce plástico” la paciente experimenta angustia al comenzar a trabajar al no poder materializar sus intenciones, a pesar de ello logra revertir el conflicto plástico con el goce, este hecho demuestra que “la creación implica un atravesamiento de límites, una transgresión que provoca ansiedad y a la vez placer” (Omenat, 2006, p. 7), es decir todo proceso creativo es una variedad de luchas, de rutas de poco seguros, donde se asume el riesgo hacia la hoja en blanco, al material, a las propias capacidades. El riesgo a conocer como propio el contenido emocional expresado aunque en ocasiones no se pueda verbalizar R. asume ese riesgo y sus obras durante estas 16 sesiones grafican el dolor y la reparación que ella anhela, esto es plasmado en su última obra donde pinta una silla de ruedas rodeada de flores y manifiesta estar feliz, esto podría establecer en parte la aceptación de su nuevo estado y que esta silla ha permitido en parte su recuperación.

A su vez, durante el cierre se percibe más relajada. Una explicación de este estado la encontramos en Muñoz, quien afirma que “el arte actúa sobre el sistema nervioso autónomo, el estado emocional hormonal y los neurotransmisores produciendo un cambio en la actitud, el estado emocional y la percepción del dolor, consiguiendo llevar a una persona desde un estado de estrés a otro de relajación y creatividad (citado en Zenil Gasca y Alvarado Aguilar, 2007, p. 61).

Respecto de la transferencia y la contratransferencia se ven también reflejadas en la disminución de la ansiedad a través de la mediación, entre las necesidades de la señorita R. y la conformación del espacio terapéutico, como son las experimentaciones con los materiales pictóricos, al adaptarse mutuamente aceptando y transando los tiempos de acción. La experiencia con los materiales, muchas veces fue de difícil ejecución para R, sin embargo, su actitud positiva contribuyó para dar una identidad a la relación terapéutica, fortaleciendo el vínculo. En esta última etapa y producto de su

necesidad de autoafirmación se realizó la curatòria de su exposici3n que ella bautizo como: **“Entre el esfuerzo, el dolor y la alegría”** la que contribuyo, desde otra perspectiva al proceso de Neurorehabilitaci3n, y tuvo repercusiones importantes en la aceptaci3n de su nueva vida, la fase descriptiva de este proceso es **“Aprende del dolor para llegar a la alegría”**.

4.- Discusiones y Conclusiones

A manera de conclusi3n, podemos decir que arteterapia puede ser utilizado como contenedor, como terapia de apoyo para que los pacientes puedan expresar sus sentimientos, emociones e ideas y combatir de esta forma los diferentes aspectos psicol3gicos con los que hay que enfrentarse en cada momento de la rehabilitaci3n, de esta manera se puede colaborar en mejorar la calidad de vida del o la paciente.

A trav3s de este estudio de caso se respondi3 la siguiente interrogante ¿Es el Arteterapia un tratamiento psicol3gico efectivo, que contribuya al proceso de neurorrehabilitaci3n de una paciente, amputada de sus cuatro extremidades y con s3ndrome depresivo?, a partir del an3lisis y resultados de las sesiones arteterap3uticas se puede puntualizar como terap3utica, a la especialidad de la medicina que se dedica al estudio de los medios de curaci3n y alivio de las enfermedades, al construir una alianza con el arte b3sicamente se intenta buscar un m3todo de curaci3n para las aflicciones de los seres humanos, lo que no indica necesariamente siempre pueda establecerse evidencias de mejora en la salud de los pacientes, pero lo que es posible vivenciar es la construcci3n de un v3nculo terap3utico que podría establecer una mejora en la calidad de vida de las personas que se someten al m3todo arteterap3utico, entonces el aporte concreto que presta el arte, es un poder relacional que resulta al materializar una vivencia o dolencia en una creaci3n que puede ser un poema, pintura, escultura, expresiones corporal. Para el arteterap3utica Michael Edwards (2004) la relaci3n terap3utica es simple y complicada en los trabajos de arte, es simple porque no tendr3 que depender exclusivamente de las confrontaciones, como transferencia central, ya que la relaci3n tiene lugar a trav3s de los trabajos de arte que pueden estar descrito como un amortiguador, filtro o container. En esta situaci3n triangular los trabajos de arte median entre el paciente y la terapia.

Puntualizando, el arteterapia contribuye con el proceso rehabilitador en dos campos el sensorio-motor, al permitir las coordinaciones sensomotoras con la ejercitación de las prótesis y es neurorehabilitación, por que aborda imagen corporal que se elabora en la mente del paciente que se ve afectada por el tratamiento de amputación, la disciplina de arteterapia le permite un espacio a la paciente para reconstruir su imagen corporal mutilada, tratamiento que se establece a través de tres plano establecidos por Sara Pain y Gladys Jarreau (1996) los planos sensorio-motores, los afectivo y la constitución del yo. Otro elementos que favorecen el proceso son los medios no verbales, ya que permite expresarse utilizando códigos flexibles y cercanos a la experiencia sensorial, los cuales hacen posible la auto percepción creadora, que es fundamentalmente en la validación o juicio sobre si mismo sobre todo para trabajar con pacientes que han vivido en experiencias tan traumáticas como enfermedades que han concluido en la amputación. Otro aporte real del arteterapia en este tratamiento, es que permite la activación del procesamiento de integración de las sanciones, esto es establecido por Kagin y Lusebrink (1978) a través del método ETC Terapias expresivas continuas donde plantean que se activan cuatro experiencias sensitivas, este enfoque Arteterapeutico y la neurociencia establecieron que el arte es una actividad compleja que no requiere grandes estándares para ser aplicado con pacientes, y al permitir la activación cerebral y contribuir con el establecimiento de zonas dañadas, se podría considerar como un aporte a la neurorehabilitación.

Proporcionar un espacio seguro de expresión y contención, hizo posible a R, abstraerse de su realidad subjetiva llena de dolencias, y replantearse desde otra perspectiva, pudo de esa forma , elaborar y movilizar la apreciación de su experiencia y construir nuevas significancias de sí misma, esto es posible con la capacidad de materialización del arte “el medio artístico proporciona los instrumentos necesarios para abordar ideas y emociones de gran significado, que no pueden atribuir, ni dominar a través del lenguaje corriente.” (Gardner, 1993)

Los materiales que se empleen en este tratamiento deberían ser principalmente los de control bajo como lo es la pintura, deben ser ajustados a los requerimientos de la paciente, en el caso de la señorita R fueron

adaptados a sus necesidades y le permitieron obtener grandes resultados a pesar de su escaso control motriz que con el devenir del tiempo fue desarrollando.

En consecuencia, se podría establecer que el arteterapia es un tratamiento de apoyo psicológico efectivo que contribuye al proceso de Neurorehabilitación de un paciente, amputada de sus cuatro extremidades y con síndrome depresivo, debido a que el tratamiento de arteterapia para la R.M. fue exitoso, ya que la paciente se encuentra activa en su proceso de Neurorehabilitación y manifestó verbalmente que había logrado conocerse más a sí misma. A través de las sesiones, salió de su ensimismamiento, comenzó a comunicarse con quienes la rodean, es decir hubo un cambio notorio en su actitud general, que me fue resaltado varias veces, incluso por el personal de la clínica. Hecho que no es menor, ya que claramente mejora la vida cotidiana de R, y con ello se contribuye de manera clara y concisa a su Neurorehabilitación, a partir del cambio observado se sugiere continuar con arteterapia y con terapia psicológica.

Antes de concluir este estudio, es importante mencionar que la disciplina arteterapéutica es casi desconocida en nuestro país, esto se amplía cuando el arteterapia se relaciona con la neurociencia y la neurorehabilitación, por esta razón es trascendental llevar a cabo investigaciones que refuercen los tratamientos, que mejoren las formas de evaluación de las prácticas y puedan registrar evidencias concretas en el beneficio de los pacientes.

En concreto, es beneficio para la disciplina arteterapéutica plantear que la experiencia ha sido intensa e interesante y que se cumplió con los objetivos terapéuticos planteados. Decir que hubo desde el principio una buena alianza terapéutica y que la relación transferencial y contra transferencial fue lo suficientemente buena como para poder hacer un trabajo terapéutico eficaz, es una situación gratificante no sólo para la disciplina, sino que para la paciente y terapeuta. Este hecho terapéutico permite comprender que las personas se convierten en seres únicos a través del reconocimiento de otras personas, donde "la inclusión es sentir en la perspectiva del otro, manteniendo el sentido de uno mismo" (Yontef, 2005).

5.- Referencias

Allen P. 1995 El arte es una forma de saberlo. Boston Zabala

Arteterapia, A.c. (23 de enero de 2014). Asociación chilena de arteterapia. Obtenido de asociación chilena de arteterapia: <http://arteterapia-chile.blogspot.com>

Anthony Bateman, Dennis Brown, Jonathan Pedder. Albesa, 2005 Introducción a la Psicoterapia Manual de la teoría y técnica psicodinámicas. Barcelona

Blanco M, Angus J. 2003. Arte y mental de revisión de la literatura médica. Durham: Universidad de Durham, CAHMH.

Cataño J. 2002 Plasticidad neuronal y bases científicas de la Neurorehabilitación. Rev. *Neurología*.

Cano, R. y. (15 de marzo de 2014). Psicología online.com/ESMUbada/libros/profSanitarios/profesionales.htm. obtenido de [psicologia-online.com/ESMUbada/libros/profSanitarios/profesionales.htm](http://www.psicologia-online.com): <http://www.psicologia-online.com>

Carazo, A. (7 de julio de 2011). <http://angelicarazo.files.wordpress.com/2011/06/fundamentos-arteterapia.pdf>. obtenido de <http://angelicarazo.files.wordpress.com/2011/06/fundamentos-arteterapia.pdf>

Mary Luz o campo, L. M. (10 de marzo de 2010). Universidad de rosario Facultad de rehabilitación y desarrollo. Obtenido de Universidad de rosario Facultad de rehabilitación y desarrollo: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/09/09ecdc88-5c0d-47d6-955f-a671bbc97c45.pdf

Cancrini, L (2006). La depresión en psicoterapia. Redes no. 8 pp. 31-36.

Damasio, A. R (1994). *Descarte Error: Emotion, Reason, and the human brain*. New York: Harper Perennial.

Dalley, T (Ed)(1987) *El arte como terapia* Barcelona: Herder

Edwards D. 2004. *La terapia del arte*. London: Sage Guimón (2009), *Cuerpo, self y creatividad*, ASMR Revista Internacional On Line (s.f.).

Kaplan F. 2000. *Arte, ciencia y arte terapia*. Philadelphia: Jessica Kingsley.

Kagin, S y Lusenbrink, V. (1978). *The Expressive Therapies continuum*. En *Journal of art Psychotherapy*.

Moriarty G. 2002 *practicas compartir: una guía para la autoevaluación en la exclusión social contexto*. Londres: Arts Council England.

Mel J, Howard S, Miller B. 2003. *Arte y el cerebro. La influencia de la demencia frontotemporal en un artista consumado*. *Neurology*.

Malchiodi C. 1998. *El libro de consulta de terapia de arte*. Illinois: Lowell House.

Menéndez Carmen. Olmo francisco (2010), *Arteterapia desde el arte en rehabilitación psicosocial*, *Revista informaciones Psiquiátricas*, nº 201.

Marxen, E. (2011). *Dialogo entre arte y terapia*. Barcelona: gedisa.

Osorio. L, 2009. *Módulos de amputados*. www.elportaldesalud.com

Ornstein A. 2006. *La creatividad artística y el proceso de curación*. *Psicoanalítico de Consultas* 26

0 campo, Mary Luz Amputación de miembro inferior / Mary Luz Ocampo, Lina Maria Henao y Lorena Vázquez. 2010-Facultad de Rehabilitación y Desarrollo humano. Bogota: editorial Universidad del Rosario.

Omenat, Montse (2006). *Aproximación al proceso Creativo*. *Encuentros con la Expresión Revista de Arte-terapia y Artes*, nº 1, p. 6-10.

Pascual-leone, A (2006). Disrupting the brain to guide plasticity and improve Behavior. Progress in brain Research.

Pancheri, P: (1987) la psicoterapia de apoyo Ed.UNMSM; Revista Diagnostico. VOL.Nº# Lima.

r. Arnheim. Arte y percepción visual: Una psicología del ojo creativo. Berkeley: Univerty of california Press.

Sara Pain y Gladys Jarreau. 1996 "Psicoterapia por el Arte", Editorial Nueva Visión.

SAMUELS, M. (2000) Creatividad Curativa. 6ª ed. Harpers Collins. Buenos Aires, Argentina.

Secker J, de Hacking S, Spandler H, L Kent, Shenton J. 2007 La salud mental, la inclusión social y las artes: El desarrollo de la base de pruebas. Londres: Programa Nacional de Inclusión Social.

Smith T. 2003 una evaluación del tipo: Aprender de conocimiento común. Durham (Reino Unido): Universidad de Durham, CAHHM.

Van Lith T, Fenner P, Schofield MJ. (Citado 2009 octubre 2); Hacia una comprensión de como la creación artística puede facilitar la recuperación de la salud mental. Australiana e-revista para el Avance de la Salud Mental [Internet]. 8 (2). Disponible en: <http://www.auseinet.com/journal/vol18iss2/vanligh.pdf>

Van Lith T, Fenner P, M Schofield, Pawson Q, Morgan M, (citado 2009 octubre 2). El papel de la creación artística en la recuperación de la salud mental. [Internet]. Melbourne (Australia): Universidad de La Trobe, Disponible en:

Yontef, G & Jacobs, L. Terapia Gestalt. (2005). En Corsini, R and Wedding, D. (Eds.). *Psicoterapias actuales*, 7ª edición, Belmont, CA: Brooks / Cole-Thompson Learning.

WINNICOTT, D (1994), El hogar nuestro punto de partiad. Bs Aires, Paidos.

6.- Anexos

Registro visual de la exposición efectuada al interior de la clínica