



Universidad De Chile  
Facultad de Artes Plásticas  
Escuela de postgrado

## **ARTE TERAPIA COMO ESPACIO DE AUTOCUIDADO GRUPAL**

En mujeres que cumplen el rol de cuidadoras de sus hijos discapacitados

### **Monografía para optar a la especialización en Arte Terapia del Postítulo en Terapias de Arte, mención Arte Terapia**

Autora:

**ANDREA PAZ BELTRAN SALAZAR**

Licenciada en Artes Plásticas, Universidad de Chile

Profesora guía:

**Daniela Gloger Betancourt**

Licenciada en Artes Plástica Universidad Finis Terrae, Máster en Arte  
Terapia Universidad de Barcelona

Santiago Chile Marzo, 2011



Universidad De Chile  
Facultad de Artes Plásticas  
Escuela de postgrado

## **ARTE TERAPIA COMO ESPACIO DE AUTOCUIDADO GRUPAL**

En mujeres que cumplen el rol de cuidadoras de sus hijos discapacitados

Autora:  
**ANDREA PAZ BELTRAN SALAZAR**  
Licenciada en Artes Plásticas, Universidad de Chile

Profesora guía:  
Daniela Gloger Betancourt  
Licenciada en Artes Plástica Universidad Finis Terrae, Máster en Arte  
Terapia Universidad de Barcelona

Santiago Chile junio, 2010

...A mi madre que me ha apoyado en todo momento y creyó en mis capacidades, a mi familia que siempre ha estado a mi lado y sobre todo a mi hermosa hija por el sacrificio de su tiempo...

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a todas las personas que fueron parte de este proceso tan importante para mi como mi madre, mi hija y mi compañero de viaje, cada uno de ellos aportó con un granito de arena para que yo pudiera lograr con éxito mi especialización lo cual le da sentido a mi vida y complementa mi vocación para el Arte Terapia.

También agradezco haber conocido gente muy valiosa y con las mismas ganas trabajar desde el arte como fueron mis compañeras y profesoras las cuales me introdujeron en el Arte Terapia entregándome sus conocimientos que ahora aplico en mi trabajo como terapeuta.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

	Pagina
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>3</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCION.....</b>	<b>9</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>LA DISCAPACIDAD DESDE UN ENFOQUE DE INTEGRACIÓN SOCIAL.....</b>	<b>11</b>
1.1 Discapacidad.....	12
1.2 Rehabilitación e integración social.....	13
<b>CAPITULO II</b>	
<b>LA FAMILIA, LA MUJER Y SU ROL ASISTENCIAL.....</b>	<b>15</b>
2.1. El rol en la familia.....	15
2.2. El rol y la cultura de géneros.....	16
<b>CAPITULO III</b>	
<b>EL FAMILIAR CUIDADOR.....</b>	<b>18</b>
3.1. La familia y la discapacidad.....	18
3.2. Conflictos vinculares.....	20
3.3. La cuidadora.....	21
3.4. Síndrome del cuidador (SCC).....	23

<b>CAPITULO IV</b>	
<b>ESTRÉS Y RESILIENCIA O RESISTENCIA.....</b>	<b>26</b>
4.1. El estrés y su importante función.....	26
4.2. Resiliencia.....	28
<b>CAPITULO V</b>	
<b>AUTOCUIDADO Y ARTE TERAPIA.....</b>	<b>31</b>
5.1. Concepto de autocuidado.....	31
5.2. Tipos de prácticas de autocuidado.....	32.
5.3. Prevención versus promoción del autocuidado.....	33
5.4. Influencia de la cultura en el autocuidado.....	35
5.5. Fomento del autocuidado.....	36
<b>CAPITULO VI</b>	
<b>ARTE TERAPIA PARA EL AUTOCUIDADO.....</b>	<b>38</b>
6.1. Concepto de Arte Terapia.....	38
6.2. Arte Terapia como propuesta para el autocuidado.....	39
6.3. Arte Terapia y grupo.....	41
<b>CAPITULO VII</b>	
<b>ANTECEDENTES DEL CASO.....</b>	<b>43</b>
7.1. Acercamiento al caso y derivación.....	44

7.2. Descripción y análisis del proceso terapéutico.....	45
7.3. Historia en común de las participantes.....	48
<b>CAPITULO VIII</b>	
<b>INTERVENCIÓN.....</b>	<b>50</b>
8.1. Setting.....	50
8.2. Encuadre.....	51
8.3. Materiales y técnicas.....	52
8.4. Sobre las técnicas y los enfoques.....	54
<b>CAPITULO IX</b>	
<b>EL PROCESO .....</b>	<b>56</b>
9.1. El proceso del terapeuta.....	56
9.2. Proceso arte terapéutico.....	59
9.3. Contenidos emergentes.....	60
9.3.1. “Recuerdos”.....	60
9.3.2. “El contenedor”.....	61
9.3.3. “Jugando”.....	62
9.3.4. “Mural grupal”.....	63
9.3.5. “La historia del mural”.....	63
9.3.6. “Mi máscara”.....	64
9.3.7. “La historia de las máscaras”.....	65
9.3.8. “Pintando con las manos”.....	65
9.3.9. “El contenedor de nuestra experiencia en Arte Terapia”.....	66
9.4. Observaciones a partir de la intervención.....	67
9.5 Conclusiones generales.....	68
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>70</b>
<b>WEB.....</b>	<b>71</b>

**ANEXOS.....73**

## INTRODUCCIÓN

El informe que a continuación se presenta aborda el desarrollo de la práctica grupal realizada en el contexto de mi formación académica como arte terapeuta. Durante el proceso de intervención se trabajó en co terapia, guiando y acompañando el proceso creativo de las participantes.

Nuestro lugar de inserción fue el centro de rehabilitación Teletón y el grupo objetivo con el que trabajamos, llegó a nosotros sin buscarlo. Ya que nuestra idea en un comienzo era trabajar con un grupo de niños discapacitados. Siete mujeres, madres de adolescentes en estado de discapacidad, fueron las que participaron del taller. El objetivo de nuestro trabajo lo fuimos descubriendo a medida que transcurrían las sesiones.

La temática abordada habla de la discapacidad y la rehabilitación desde las experiencias de estas madres. Aborda el concepto de cuidador, para contextualizar la intervención hacia la búsqueda del autocuidado.

Fue una intervención semi-directiva, compuesta por 16 sesiones, de dos horas, una vez por semana durante aproximadamente 4 meses.

Si bien la terapia se enmarca en un contexto clínico. El trabajo propiamente tal se relaciona, más bien, con factores del área social. Visibles al momento de conocer las historias personales de estas mujeres.

Toda intervención cuenta con un modo personal de desarrollarse, dado por el enfoque utilizado por el o los terapeutas a cargo, los objetivos de la intervención y los recursos plásticos utilizados. En este caso, la manera como se fue desarrollando la terapia permitió ordenar los contenidos emergidos de la misma.

En relación a las temáticas emergidas. La primera, surge a partir de los espacios de verbalizaciones. Sus temas principales son:

- a) La discapacidad desde la experiencia

- b) Rehabilitación. Su costo físico y emocional
- c) La carga de la cuidadora (protagonista de la intervención).

La segunda, tiene relación con el objetivo desde el proceso creativo. La intervención como tal ofreció un espacio de contención, de reencuentro interno, búsqueda de identidad, placer y autocuidado.

## **CAPITULO I: LA DISCAPACIDAD DESDE UN ENFOQUE DE INTEGRACIÓN SOCIAL**

El contexto de práctica envuelve distintos aspectos. Uno de ellos es el reconocimiento físico del lugar de intervención. Al iniciarse esta etapa se produce un encuentro con una realidad humana distinta a la de la gran mayoría de la gente. Pero con necesidades y dinámicas parecidas. El espacio objetivo donde el practicante se inserta se entremezcla con la percepción subjetiva de las personas que se integran en ese lugar. Durante el proceso de práctica, semana a semana se va conociendo el encuadre, el equipo de trabajo y las dinámicas generadas en su interior.

Si bien el setting en el cual se realizó la intervención es de tipo clínico, ya que se trata de un centro de Rehabilitación, la población objetivo que participó en el taller de Arte Terapia se encuentra paralela y un poco ajena a los servicios que presta la institución. Consiste en un grupo de mujeres, madres de adolescentes discapacitados física y/o psicológicamente que en ese momento se encontraban siendo atendidos en el centro de rehabilitación.

En este contexto, discapacidad y rehabilitación van de la mano y se presentan como el motivo y el fin por el cual acuden madres y/o familiares a este recinto en busca de solución, mejora o ayuda para sus hijos.

Independientemente de las grandes diferencias (familiares, personales y socioeconómicas) existente entre las participantes, la discapacidad de sus hijos ha generado un lazo muy fuerte entre ellas; compartiendo juntas el proceso de rehabilitación desde que sus hijos eran muy pequeños. Y en el presente; el sentimiento de dolor, rabia, frustración e impotencia debido a la falta de oportunidades para sus hijos, busca la integración como consuelo.

A modo de reflexión se propone analizar el concepto de discapacidad desde el modelo social y el de rehabilitación basada en la comunidad (RBC), propuestas dirigida hacia la integración en el cual se plantea la responsabilidad social e individual que existe frente a la discapacidad.

### **1.1 Discapacidad**

Las mujeres que participaron de la intervención se enfrentaron a la discapacidad física y/o psíquica desde el nacimiento de sus hijos. Han lidiado con ella desde entonces, sobrellevando todo un proceso de aceptación y adaptación. En estos momentos cuando sus hijos ya están grandes (entre 16 y 25 años aproximadamente), sus vidas se encuentran totalmente adaptadas. Dando paso nuevos desafíos como madres, en busca de oportunidades para sus hijos, esperando que la sociedad los acoja y les permita crecer y desenvolverse como cualquier otra persona.

Según lo señalado por la autora M<sup>a</sup> José Ferradáns Villar<sup>1</sup>:

“la visión y las creencias acerca de la discapacidad y el papel que cumple la familia a variado socialmente con el tiempo. Desde siempre han existido familias con algún integrante discapacitado. Modelado por la cultura, los avances médicos y el contexto social el concepto de discapacidad ha tenido una evolución. Partiendo con la creencia que la enmarco como un problema de tipo moral y religioso donde <la culpabilidad> radicaba básicamente en la familia, asociándosele conceptos tales como pecado, culpabilidad y vergüenza”.

Posteriormente el contexto de discapacidad se identificó como una patología. Desde ahí su evolución transporta la discapacidad a un problema médico, lo que da lugar al desarrollo de distintos enfoques; desde el enfoque psicoanalítica freudiana, pasando por el enfoque conductista, hasta el enfoque psicosocial, el cual hace referencia a la importancia determinante del contexto que rodea a la familia que tiene un hijo discapacitado, ligado a una orientación socio-político-cultural que culpabiliza en parte a la sociedad.

El **modelo social** establece que cada uno puede aportar para mejorar la realidad de las personas discapacitadas y de sus familias. Entendiendo la discapacidad como “un problema de origen social y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es

---

<sup>1</sup>M<sup>a</sup> JOSÉ FERRADÁNS VILLAR. Familia y discapacidad, perfiles profesionales de familias con personas con discapacidad. [en línea] <<http://www.apacaf.org/pdf/filosofia07.pdf>> [ consulta enero, 2010]

responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social “.<sup>2</sup> Así mismo el CIF, (2001) según un enfoque “biopsicosocial” establece consideraciones importantes en torno a lo mismo:

Sobre **limitaciones en la Actividad** el CIF señala que son: las dificultades que una persona puede tener en el desempeño/ realización de ellas, en su contexto (factor físico, social y actitudinal) y entorno actual.

Y se designa como **restricciones en la Participación** a los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Es así como, según el documento “Un problema en el desempeño realización puede deberse directamente al contexto/ entorno social” (CIF, 2001).

En este sentido, al leer los conceptos recientemente expuesto se puede comprender que la discapacidad es un tema que nos concierne a todos, y se relaciona con elementos básicos de una sociedad, como son : La aceptación al otro, el respeto, la solidaridad y la inclusión.

## **1.2 Rehabilitación e integración social**

Una visión mas humana de la discapacidad y la rehabilitación, es lo que logré al conocer las historias de las mujeres que participaron en la intervención. Donde la rehabilitación se presenta como un proceso lleno de logros y frustraciones en una búsqueda incesante, que tiene como fin el darles a sus hijos una mejor calidad de vida, que les permita ser más felices. Pero, ¿qué significa rehabilitación desde el área de la salud? La rehabilitación es un proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y habilidades funcionales de las personas con discapacidades.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> CIF, Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud/ Librería de la OMS (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

<sup>3</sup> Conceptos básicos en rehabilitación [en línea].< <http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion-doc/>> [Consulta: enero, 2010]

El enfoque de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), posibilita analizar la importancia de la integración social como necesidad esencial para lograr ver la discapacidad con otros ojos.

Según un documento de una ponencia conjunta entre la OMS, OIT y la UNESCO, (1994). La RBC Consiste en un enfoque que funciona a través de la instalación de programas que permitan “que las personas discapacitadas saquen el máximo provecho a sus facultades físicas y mentales, se beneficien de las oportunidades y servicios comunes y alcancen la plena inserción social en el seno de la comunidad y la sociedad”. En sentido global busca la prevención, la rehabilitación en salud primaria y la reinserción escolar y laboral.

En cuanto a política social la RBC busca “promover los derechos de las personas con discapacidad integrándolas en sus respectivas comunidades, así como permitiéndoles disfrutar de buena salud y bienestar, además de posibilitar su plena participación en actividades de índole social, educativa, cultural, religiosa, económica y política”. Destinando recursos del gobierno a las comunidades.

“Todo depende del compromiso comunitario, sus recursos y los servicios de apoyo que reciba tanto de parte del gobierno como de las organizaciones no gubernamentales”.

Desde este enfoque la persona discapacitada tiene un papel activo en su rehabilitación como se señala en siguiente frase:

“La RBC se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes”.

Lamentablemente, “Pese a los avances logrados desde entonces, muchas personas con discapacidad siguen sin recibir servicios básicos de rehabilitación y no tienen acceso en condiciones de igualdad a la educación, la formación, el trabajo, el ocio y otras actividades de su comunidad o de la sociedad en general”.

## **CAPITULO II: LA FAMILIA, LA MUJER Y SU ROL ASISTENCIAL**

“para las personas nosotras somos la mamá de.... nadie nos conoce por nuestros nombres”  
(verbalización desde el grupo de intervención, durante una sesión)

Durante el proceso (intervención breve de 16 sesiones) el grupo mostró su necesidad de hablar abiertamente sobre el rol que desempeñan ellas dentro de sus familias, el cómo se perciben en relación al resto de los integrantes, la falta de espacio para desarrollarse como mujeres, el peso físico y emocional de lidiar con sus hijos discapacitados, el no poder contar con los otros integrantes de la familia, el conseguir y permitirse delegar deberes.

Desde la dinámica familiar y los roles que se generan dentro de ella. Quisiera plantear la siguiente pregunta ¿Qué elementos determinan el rol de la mujer en las relaciones familiares?

Al respecto, se señala, que las familias desarrollan ciertas pautas relativamente estables para relacionarse entre sí. El conjunto de las relaciones interpersonales e intrafamiliar van a ser la base del desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus integrantes, por lo tanto éste va a ser el espacio para lograr un equilibrio psíquico y un referente de conductas éticas, morales y relacionales (Louro Bi. 2000).

### **2.1 El rol en la familia**

Cuando pienso en el significado de la palabra “rol”, lo entiendo como; el papel que cumple una persona con respecto al otro (persona familia, amigos, trabajo y en general la sociedad), es decir el modo de relacionarse en un contexto específico.

El rol, llevado al entorno familiar va a estar determinado por el contexto familiar en que se encuentre el individuo. Uno de los elementos que interviene en la formulación de los roles es el que existan distintos tipos de familias; Entre ellas la unipersonal, nuclear monoparental, nuclear

biparental, extenso o compuesto<sup>4</sup>. A modo de conclusión, podríamos decir que existen distintos tipos de roles que pueden adquirir los integrantes de una familia dependiendo del tipo de familia a la cual pertenezcan y las circunstancias del momento.

Por otro lado; el rol y la dinámica que se genera en el interior de una familia están determinados a la vez por los ciclos vitales<sup>5</sup>. Parte de estos ciclos son las crisis normativas<sup>6</sup> que forman parte del desarrollo de la familia y generalmente ésta es capaz de afrontar y aceptar. También existen las crisis no normativas referidas a los acontecimientos inesperados que pueden ocurrir en el ciclo vital, como por ejemplo el tener un hijo discapacitado.

No obstante, como es señalado en un artículo sobre familia y la discapacidad, “existen otros factores desde el contexto familiar que determinan el modo de enfrentar la discapacidad, como son: aspectos de la persona, el tipo de discapacidad (gravedad del déficit, extensión, duración), la situación y el contexto en que se da (interacción padres-hijo, apoyo social, recursos familiares y económicos, percepción positiva de la situación). De este modo, la capacidad que tenga la familia para afrontar la discapacidad determinará la calidad de vida de los diferentes miembros que la componen”.<sup>7</sup>

## 2.2 El rol y la cultura de géneros

La cultura de género, determina en parte las dinámicas que se van originando en los grupos sociales. El modo de interacción entre géneros se hace evidente en espacios de concurrencia masiva. Esto me permitió ser testigo del rol que cumple la mujer dentro del proceso de rehabilitación de un hijo (un 90% de los niños discapacitados asistía a terapia acompañado se la madre o de algún familiar de sexo femenino). Ellas participaban activamente en todo el proceso, este incluía actividades como: llevarlos a terapia considerando las circunstancia (dificultad al caminar o desplazamiento en sillas de ruedas), asistirlos en la alimentación y en los baños,

---

<sup>4</sup> Unipersonal: integrado por una sola persona.

Nuclear monoparental: integrado por uno de los padres y uno o más hijos.

Nuclear biparental: pareja unida o casada legalmente con o sin hijos.

Extenso o compuesto: corresponde a cualquiera de los tipos definidos anteriormente, más la presencia de uno o más parientes (extenso) o no parientes (compuesto) del jefe de hogar.

Unicef Chile - Familia / [www.unicef.cl/unicef/index.php/Familia](http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Familia) [consulta : Enero, 2010]

<sup>5</sup> Ciclos vitales: formación de pareja, nacimiento y crianza de hijos, la adolescencia, la emancipación de los hijos y el retorno a la pareja parental, con la jubilación y la muerte

<sup>6</sup> Crisis Normativas: Son las esperables en el proceso del ciclo vital, son obstáculos normales (embarazo, nacimientos, muerte de familiares mayores, jubilación, mudanza, etc..

<sup>7</sup> <[http://www.cocemfecyl.es/blok/cuidador/apo\\_1.html](http://www.cocemfecyl.es/blok/cuidador/apo_1.html)> [ Consulta, Enero, 2010]

acompañarlos a las sesiones de terapia, motivarlos y prestarles asistencia en todo lo que fuera necesario.

Según lo expuesto por la teoría del aprendizaje social, la diferencia en la conducta de géneros tiene relación con el “condicionamiento” impuesto socialmente desde la infancia desde donde se van aprendiendo comportamientos por medio de mecanismos de reforzamiento directo, imitación y aprendizaje por observación<sup>8</sup>. Por lo tanto un cambio social con respecto a los papeles asignados a cada género puede ocurrir si los modelos de conductas reforzadas y presentadas cambian, ya que son hábitos aprendidas por patrones influyentes para el niño (padres y medios de comunicación).

Por otro lado la teoría Cognitivo-evolutiva considera que el papel asignado a la mujer es resultado de la interacción de dos procesos; uno tiene relación con las etapas de evolución cognitiva (procesos de aprendizaje racional de la infancia) y el otro con la información cultural social. Aún así, e Independiente de las diferentes teorías que exciten al respecto, se señala como indudable la importancia de la historia vital de cada persona (Hyde,J,Sh, 1995).

En el caso específico de las mujeres, Lilián González chévez (1996):

“señala que en general las mujeres se identifican con un rol asistencial y de soporte socio-afectivo en la atención de sus familias y sobre todo con respecto a sus hijos, sobreentendiendo que este rol les corresponde a ellas más que al padre y por ende la demanda social hacia él será siempre menor”.

---

<sup>8</sup> Recibir premios o castigo en relación a las conductas de acuerdo a su tipo de genero / Los niños hacen lo que ven hacer a otros / Los niños aprenden observando la conducta de otros, utilizando la información quizás muchos años después.

## **CAPITULO III: EL FAMILIAR CUIDADOR**

### **3.1 La familia y la discapacidad**

La familia como bien se sabe es el principal apoyo de la persona discapacitada. En su interior existen factores biológicos, psicológicos y sociales que la determinan. De modo general y para toda la familia la experiencia prolongada de cuidar exige reorganizar la vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica cuidar, en relación al nivel y tipo de discapacidad de la persona que recibe los cuidados. Esta redefinición de roles, es común que la carga recaiga en una sola persona, la adscripción suele ser cultural y está ligada generalmente al género.

Independiente de esto, la familia con un hijo con necesidades especiales debe realizar las mismas tareas dirigidas a satisfacer las necesidades colectivas e individuales de los miembros, estas son: Función económica, función de cuidado físico; Función de descanso y recuperación; función de socialización; función de autodefinición; función de afectividad; función de orientación; función de educación y función vocacional. La diferencia está en que cada una de ellas es más difícil de cumplir cuando se trata de atender al hijo con discapacidad, pues los recursos y apoyos de todo tipo se hacen más necesarios y, en ocasiones, permanentes y, en la mayoría de los casos, las familias no están preparadas para dar respuesta a las funciones derivadas de las mismas (María Pilar Sarto Martín, Artículo).

Aún así, cada familia debe organizarse en relación a ciertos aspectos como (Hyde,J,Sh, 1995):

- a) Recursos económicos de que dispone
- b) El grado de solidaridad de las personas de su entorno.
- c) Apoyo institucional y recursos
- d) Cambios de roles entre los familiares.
- e) Repercusiones en la dinámica de funcionamiento familiar.

f) Apoyo social, profesional y emocional

Según los resultados de un estudio (HYDE,J,SH, 1995): se señala, que aunque el proceso es muy largo y doloroso, si las familias disponen de recursos y ayuda éstas pueden adaptarse, realizando un gran esfuerzo. El proceso de adaptación es algo dinámico en que nunca debe darse por cerrado, ya que a medida que el niño crece, comienzan situaciones nuevas que vuelven a requerir una nueva adaptación: al colegio, a la pubertad, a la formación profesional, etc.

Independiente de esto, el tener un miembro discapacitado puede traer consecuencias a sus integrantes, en relación a ciertas variables ya mencionadas. A continuación señalare las repercusiones más frecuentes que se presentan en las familias según la COCEMFE<sup>9</sup>:

- Repercusión en la vida social de la familia.
- Deterioro social de las relaciones interpersonales
- Síndrome del cuidador
- Déficits de concentración, problemas de memoria.
- Sentimientos complicados de culpa: los padres creen que le deben algo a su hijo.
- Trastornos del sueño.
- Aumento de las consultas médicas y consumo de fármacos
- Mayor frecuencia de las discusiones conyugales y maritales
- Falta de comunicación y entendimiento en la pareja
- Problemas de comunicación en la familia
- Incremento de la ansiedad por falta de control de la situación
- Repercusiones en los sentimientos de los familiares allegados
- Sentimientos de impotencia, fracaso, vergüenza, frustración, irritabilidad, hostilidad
- Cambios en el carácter
- Preocupación excesiva por el enfermo.
- Tristeza, soledad, trastornos de ansiedad y trastornos depresivos.
- Culpabilidad

---

<sup>9</sup> COCEMFE. [en línea] <<http://www.cocemfecyl.es/>>

- Altos costos económicos y humanos
- Cambios en las dinámicas familiares y las relaciones entre sus miembros
- Bajo rendimiento laboral, absentismo laboral y abandono definitivo del trabajo
- Relación de pesar: sobreprotección versus sobre exigencia.

Un aporte muy beneficioso es el apoyo a los familiares a través de intervenciones de tipo individual, familiar y de pareja tratando temas específicos que vayan surgiendo en el tiempo, lo que ayudaría a mejorar el modo como se interrelacionan, pudiendo tener un espacio de comunicación y de conexión con sus miedos rabias y frustraciones

### **3.2 Conflictos vinculares**

Con respecto a los vínculos, es posible que las relaciones familiares se enriquezcan y se produzca un crecimiento, tanto como que se genere problemas en la trama vincular (Blanca Núñez, 2003). Dependiendo de la interrelación de distintos factores, entre los que se encuentra: La historia de cada miembro de la pareja, los sistemas de creencia familiar, los conflictos previos de esta familia, capacidad de comunicación a nivel de grupo familiar, nivel cultural y socioeconómico, entre otros.

En la población con la que trabajamos, los conflictos a nivel de vínculo se relacionaban casi siempre con la pareja. Con respecto a esto la autora Blanca Núñez (2003) señala que:

“tiene gran influencia la existencia previa de conflictos en la pareja, ya que estos podrían traer mayor problema de adaptación a la situación, dando paso a dos posibilidades; a que los conflictos se agraven o que la situación sirva para encubrir una relación afectada anteriormente”.

Por otro lado, otra situación que la autora indica que puede afectar, es el vínculo parental sobre la conyugal dado por una división rígida de roles, con una madre dedicada a la crianza de los hijos, que establece una relación estrecha con ese hijo criado por la ley materna, el cual no es incorporado a una situación triangular, transformándose en el “niño eterno” de esa madre proveedora de “amor sublime” reactivo a sentimientos de indiferencia, hostilidad, rechazo y deseos de muerte que permanecen inconcientes, aferrada a una ideología del sacrificio postergándose como mujer y esposa. En congruencia con esto, ocurre que la sociedad y los

profesionales en general alientan el sacrificio de la madre delegando en ella la mayoría de los requerimientos que la rehabilitación impone. Por otra parte en una división rígida de roles el padre queda a cargo exclusivamente del tema económico en Pro de la familia.

Como conflicto vincular también se presentan las constantes Recriminaciones y reproches entre la pareja por posibles sentimientos de culpas y fracaso. Sensación de soledad y de no reconocimiento por el otro y por lo que hace. Falta de comunicación y distanciamiento entre la pareja. Aislamiento y falta de vida social en ambos miembros de la pareja (Blanca Núñez, 2003).

Por último, el artículo señala:

“Los conflictos no surgen a nivel familiar como consecuencia directa de la discapacidad, sino en función de las posibilidades o no de la familia de implementar estrategias, recursos y capacidades para adaptarse a esta situación”.

### **3.3 La cuidadora**

Nuestro grupo objetivo de intervención fueron las cuidadoras. El tiempo dedicado a sus hijos en la mayoría de ellas es de casi un 100%. Por lo que pude indagar, el apoyo y recursos destinados a aminorarles la carga son casi nulos. Desde mi perspectiva, esto se debe a la escasa importancia que se les da desde un contexto de política social, a su labor como cuidadoras. El nivel de dependencia de sus hijos hace que la atención que ellas entregan sea de gran envergadura lo que conlleva a que se transformen en un grupo importante de riesgo. ¿Por qué de riesgo? Porque se encuentran vulnerables a contraer enfermedades tanto físicas como psicológicas debido a la gran responsabilidad con la cual deben lidiar y la falta de autocuidado.

Generalmente al inicio de las sesiones de Arte Terapia, el grupo manifestaba abiertamente, su cansancio físico y mental, dolor de cabeza y espalda, tensión muscular, estrés, necesidad de hablar y de ser comprendidas.

La actividad que ellas realizan se enmarca en el concepto de **cuidado informal**, definido como “toda asistencia no retribuida por la persona enferma, que recae generalmente en las mujeres. En esta tarea, la cuidadora se encuentra con sentimientos difíciles de asumir. Entre ellos

están: contrariedad, impotencia, depresión, agresividad, culpabilidad por fallar en la protección debida al hijo. Así mismo es común sentimientos de injusticia y temor por el futuro propio y de la persona discapacitada” (Lourdes Sánchez Bernal, 2009).

Según un estudio realizado sobre el efecto físico, mental, social y de calidad de vida que conlleva la actividad de cuidar para el cuidador(a), en la población española. Se determinó que en las mujeres los efectos sobre la salud son mayores en relación a los hombres; mayor riesgo de sedentarismo, falta de sueño, menos descanso, mayor número de consultas y peor salud mental. Como conclusión en comparación con los hombres, el cuidar trae mayor riesgo para la mujer debido a la mayor carga de trabajo que ellas deben asumir en cuanto a tiempo y esfuerzo. En este sentido, se establece que la experiencia vital, familiar y laboral de las personas determina el modo de vivir y de enfermar; en relación al modo de exponerse a diferentes riesgos y al desigual acceso a los conocimientos y recursos para afrontar dichos riesgos. Existiendo relación directa entre la cantidad de cuidados que se entrega y el riesgo en el deterioro de la salud.<sup>10</sup>

Como elementos amortiguadores de los efectos negativos que puede tener el cuidado informal se señalan; el tener hábitos saludables, mayor tiempo para el descanso y el ejercicio físico y el realizar prácticas preventivas y de autocuidado.

Con respecto a esto, la Cocemfe<sup>11</sup>, se refiere a los beneficios que puede tener el tomar en consideración la importancia del cuidador y la ayuda que podría brindársele como modo de alivianar la carga que significa cuidar a una persona discapacitada. Dentro de este contexto existen varias modalidades de intervención, tan importante como la ayuda que recibe el discapacitado, que benefician a toda la familia y que les permite tener una mejor calidad de vida al cuidador.

---

<sup>10</sup> “Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género” [en línea] < <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n5/original7.pdf> >

<sup>11</sup> Artículo: Intervención con los familiares a diferentes niveles. Cocemfe castilla y león. [en línea] <<http://www.cocemfecyl.es/>>

Según el texto, se ha comprobado que intervenciones realizadas a cuidadores tiene un impacto beneficioso en relación con el malestar que les genera el cuidado de sus familiares, medidas desde el nivel de estrés, depresión, bienestar general, tareas de afrontamiento, apoyo social y el beneficio y recuperación del enfermo.

### 3.4 Síndrome del cuidador

Si bien hasta ahora me he referido al riesgo en que se encuentran las personas cuidadoras por no contar con los servicios, el apoyo y los recursos necesarios que les permita tener el tiempo y el espacio para satisfacer sus necesidades personales básicas, provocando un contexto que puede posibilitar estados de desequilibrio físico y mental, mencionados anteriormente. Quisiera ahora referirme a la denominación que algunos autores le han dado al conjunto de sentimientos, sensaciones y malestares presentados frecuentemente en personas que cumplen este rol.

**Síndrome de Carga del Cuidador (SCC)**, condicionado a cada situación; se caracteriza por sentimientos de estrés, carga y tristeza. Se presenta en personas que cumplen con ciertas características, una de ellas es, falta de control sobre las situaciones adversas, interiorizadas como una amenaza (Renato Zambrano- Patricia Ceballos, 2007).

En este contexto Freudenberguer (1974), define carga como el agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado, junto con dificultades físicas por acumulación de estresores, frente a los cuales la persona se encuentra desprovista de estrategias de afrontamiento.

Según el artículo, los estudios realizados hasta el momento solo permiten elaborar hipótesis sobre las causas que generan el síndrome, basados en factores objetivos o primarios y factores subjetivos o secundarios. Para detectarlo es de vital importancia saber cómo el cuidador percibe su rol de cuidador, como se ve a sí mismo y también observar los cambios de comportamiento y de personalidad importantes desde el momento en que aparece la carga.

Algunos especialistas citados como Lazarus y Folkman, identifican los estresores subjetivos (secundarios<sup>12</sup>) en relación a la percepción de amenaza que tiene el cuidador con respecto a su situación y la manera de afrontar la realidad según los recursos y las redes de apoyo social con las que cuenta; la relación entre el cuidador y la persona dependiente y por último la interpretación que el cuidador haga de los estresores como determinante en la sensación de carga. Y a los Estresores objetivos (primarios<sup>13</sup>) como los derivados del enfermo: Nivel de discapacidad, y de atención, tipo de discapacidad y alteraciones conductuales.

Así mismo se señalan la existencia de 3 elementos que afectarían en el proceso generador de estrés, estos son:

- Consecuencias del cuidado, como dificultades en la salud física y mental.
- Variables moduladoras que regulan el impacto de los estresores como el apoyo social.
- Las estrategias de afrontamiento.

En el texto se señalan diferentes trastornos que podrían compatibilizar con las características del (SCC) como por ejemplo Neurastenia, Trastorno mixto ansioso-depresivo, Trastornos de adaptación, entre otros, conforme las características de cada uno de ellos descritas en el CIE-10. Pero el que más se le asemeja es el trastorno de adaptación de reacción mixta de ansiedad y depresión.

En cuanto a las características específicas del SCC están:

Trastornos en el patrón de sueño / Irritabilidad / Altos niveles de ansiedad / Reacción exagerada a las críticas / Dificultad en las relaciones interpersonales / Sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo / Resentimiento hacia la persona que cuida / Pensamientos de suicidio o de abandono / Frecuentes dolores de cabeza o de espalda / Pérdida de energía, sensación de cansancio / Aislamiento / Pérdida del interés / Dificultades para concentrarse y alteraciones de memoria.

---

<sup>12</sup> Estresores secundarios : denominación dada por Pearlin y Cols y Haley ; estudiosos citados en el artículo

<sup>13</sup> Estresores primarios denominados por Pearlin y Cols y Haley ; estudiosos citados en el artículo

En manera general el texto identifica 3 componentes principales para identificar el SCC: impacto del cuidado, carga interpersonal y expectativas de autoeficacia.

## **CAPITULO 4: ESTRÉS Y RESILIENCIA O RESISTENCIA**

Es necesario saber identificar cuándo el estrés pasa a ser algo que puede estar afectando negativamente. Esto se puede evaluar desde el nivel de funcionamiento de la persona y en cómo ella se siente con respecto a las actividades que realiza en su vida. En nuestra práctica conocimos distintos tipos de mujeres, distintas formas de enfrentar la vida. Quisiera en esta oportunidad destacar algunos aspectos de una de ellas. **S**, es madre soltera, vive solo con su hija discapacitada en un pequeño cuarto que arrienda, es asesora del hogar y trabaja en varias casas a la vez para administrar mejor su tiempo de acuerdo a las necesidades de su hija. Su situación es muy precaria, vive con lo justo y hay veces (como ella misma contaba) que no tenía ni plata para el pan. A pesar de todos estos factores ella se siente una mujer afortunada, con una gran fe, muy orgullosa de su hija, gran compañera de vida, a la cual ama mucho. Tiene una visión de la vida muy positiva, disfrutando de las pequeñas cosas. Características de su personalidad que la constituyen como una persona resiliente.

### **4.1 El estrés y su importante función**

Si bien, en el punto anterior se identificó el estrés como una de las causas que provocan el SCC. Creo necesario indagar un poco más, desde una perspectiva general, sobre su significado y función dentro de la experiencia humana.

La mayor parte de las veces cuando se habla de estrés se le piensa inmediatamente como algo negativo que afecta de modo desfavorable la salud de las personas. Pero es importante entender su función dentro de lo que significa una respuesta de adaptación frente a situaciones de alerta.

Al respecto, un artículo (Arrate Azkoaga Echeverría, Artículo), define el estrés como “un proceso fisiológico normal de estimulación y de respuesta del organismo, indispensable para la adaptación, para el desarrollo y para el funcionamiento de éste. Se manifiesta a través de modificaciones biológicas, psicológicas, somáticas funcionales y orgánicas, visibles y

cuantificables que permiten apreciar el estado de estrés. Este proceso es normal en todos los seres humanos que le permite reaccionar ante exigencias”.

Según el autor Arrate Azkoaga, el momento en que esta excitación positiva y administrable pasa a convertirse en estrés poco saludable es distinto en todas las personas. Está determinado por la personalidad, el comportamiento, y la manera de vivir, pero lo más importante es que este estrés negativo no se genera de un momento a otro, sino que es a través de una acumulación de emociones como la agresión, la impaciencia, la ira, la ansiedad, y el miedo y la falta de control. Este, puede presentarse en todo tipo de situación, y puede devenir de una falta o un exceso de estímulo.

Acerca de esto, explica Arrate, la reacción que se genera en el organismo ante la presencia de desafíos y peligros se le ha denominado **reacción de lucha o huida**, el cuerpo se pone en alerta total, entregando la energía, fuerza y viveza mental necesaria para enfrentar la situación, a través de la liberación de adrenalina, el aumento de la presión sanguínea, los latidos del corazón, la toma de oxígeno y la circulación de la sangre en los músculos. Esto es normal y positivo, pero cuando la energía generada no se gasta o se mantiene por mucho tiempo el momento de alerta, pasa a generar un estrés dañino con posibilidad de causar graves enfermedades, como:

- Dolores de espalda.
- Trastornos del aparato digestivo.
- Jaquecas, migrañas.
- Dolores musculares.
- Problemas de la piel.
- Problemas intestinales (diarrea o estreñimiento).
- Frecuente necesidad de orinar.
- Vértigo.

Por otro lado como es señalado por Masten Y Garmezy (1985) existen factores protectores que actúan como mecanismos amortiguadores del estrés, entre ellos están:

- Rasgos de personalidad tales como autonomía, autoestima y orientación social positiva.

- Cohesión familiar, calidez y ausencia de graves conflictos.
- Disponibilidad de sistemas de apoyo externo que refuercen y alienten los esfuerzos de enfrentamiento del niño.

Independiente de todo, el foco está puesto en la interacción que se produce entre las variables o factores del individuo y de su ambiente que posibilita un cambio en la trayectoria de riesgo hacia una adaptación positiva<sup>14</sup>.

## 4.2 Resiliencia

“La resiliencia es un llamado a centrarse en cada individuo como alguien único, es enfatizar las potencialidades y los recursos personales que permiten enfrentar situaciones adversas y salir fortalecido, a pesar de estar expuesto a factores de riesgo”<sup>15</sup>

El modo de afrontar los problemas que se les presentan día a día a las mujeres que integraron el grupo de intervención y como ellas han ido adaptando sus vidas a las circunstancias con una visión flexible, esperanzadora de fe y amor. Es lo que me permite ver la gran fortaleza que llevan consigo. Independiente de las realidades específicas socio-económicas, educacionales y familiares. El concepto de resiliencia se hace presente entonces, para definir la capacidad de estas mujeres para salir adelante pese a la adversidad.

Dentro del contexto social, se conoce por resiliencia, a “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias adversas”(Grotberg, 2001, p.20). Esta capacidad de transformar lo negativo en positivo, de minimizar o sobreponerse a los efectos nocivos de la adversidad, se basa en la creencia de que sobre nosotros influye más la forma de afrontar las situaciones que las mismas situaciones.

---

<sup>14</sup> La pobreza desde la mirada de la resiliencia [en línea]

<<http://www.pastoralfamiliar.org.ar/ninez/prensa/notas/n43.htm>> [Consulta: Mayo, 2010]

<sup>15</sup> Artículo “La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres”. [en línea]

<<http://tone.udea.edu.co/revista/ojs/index.php/iee/article/viewFile/99/186>> [Consulta: Mayo, 2010]

Como característica las personas resilientes tienen gran sentido de compromiso, fuertes sentimientos de seguridad de manejar los acontecimientos, son más abiertos a los cambios que el resto de la gente, interpretan los hechos estresantes y dolorosos como una parte más de la existencia (Gustavo Francisco De Filippis, 2008). Tres rasgos resumen su carácter: aceptar los desafíos, sobreponerse a las dificultades y decidir sobre ellas y comprometerse en la acción.

Según un artículo publicado por CEANIM en un seminario realizado el año 1996. Resiliencia corresponde a un potencial humano que surge de la interacción de la persona con su medio ambiente, no es un atributo innato ni únicamente adquirido durante el desarrollo, tampoco es constante en el tiempo. Se manifiesta en distintos grados y momentos de acuerdo a la persona, familia, comunidad y cultura como una respuesta espontánea a un evento o situación específica de amenaza para el individuo, es decir, es contextual ya que refleja la capacidad de adaptarse a situaciones concretas con herramientas, creencias y expectativas propias del contexto cultural. La resiliencia se encuentra directamente relacionada al estrés, ya que Inevitablemente las experiencias adversas traen consigo estados de estrés. Factores tales como vulnerabilidad, riesgo y adversidad, aparecen al momento de enfrentar este tipo de situaciones.

En una persona resiliente, añade Chok Hiew (2000), los estresores y la adversidad es enfrentada de tal manera que la intensidad del estrés reducen, logrando disminuir los signos emocionales negativos (ansiedad, ira, depresión entre otros) Luis A. Oblitas y colaboradores, (2006)<sup>16</sup>.

Rutter, señala que la protección no radica en los fenómenos psicológicos del momento, sino en la manera cómo las personas enfrentan los cambios de la vida y lo que hacen respecto a esas circunstancias estresantes o desventajosas.

Desde esta perspectiva es posible crear una actitud resiliente, cambiando la imagen que se tiene de sí mismo. Y según como es señalado por Bernard todos nacemos con capacidad de desarrollar cualidades personales que permiten ser resiliente, entre ellas está: flexibilidad, empatía, afecto, habilidad para comunicarse, sentido del humor, y capacidad de respuesta,

---

habilidad para resolver problemas, solicitar ayuda, creatividad, autonomía, metas, aspiraciones educativas, optimismo, fe y espiritualidad.

En este sentido, creo posible que el arte terapia genere resiliencia, cambiando la representación de sí misma, trabajando desde el auto-imagen. Pues como se señala en el libro **Prevención e intervención ante problemas de conducta** “La representación de uno mismo se convierte en una fe que determina nuestros comportamientos”. El objetivo es entonces, “aprender a pensarse a sí mismo en otros términos y militar con los estereotipos que dicta la cultura” (Manuel Armas Castro, 2007).

## CAPITULO 5: AUTOCUIDADO Y ARTE TERAPIA

En el inicio de nuestra práctica se nos planteó la idea de trabajar con un grupo de “mamás necesitadas”, ellas eran las encargadas del cuidado de sus hijos discapacitados. El motivo de la derivación, nos permitió focalizar nuestro trabajo hacia la creación de un espacio para el autocuidado, es decir ofrecerles un tiempo para ellas, donde pudieran identificar sus emociones, conectarse con sus necesidades, expresar sus miedos, rabias, sueños y frustraciones. Compartir sus experiencias con el resto de integrantes del grupo y con nosotras. Por medio de un trabajo de contención a través de los materiales plásticos.

A partir de estos objetivos, quisiera indagar en el concepto de autocuidado, el cual se encuentra desarrollado en tres áreas de la salud: física, emocional y social.

### 5.1 Concepto de autocuidado

Al respecto y de manera global la autora María Dolores Miguel López de Vergara (2000), señala “Las acciones que se realizan dirigidas a cuidarse son aprendidas, y en este aprendizaje influyen múltiples factores (creencias, hábitos, nivel de conocimientos, grupo social, etc.) que definen el tipo como la cantidad de autocuidados que cada uno se aplica a sí mismo”. Esto puede convertir el cuidarse en determinante protector para la salud o factor de riesgo.

En términos generales y según la teoría del D. Orem<sup>17</sup> El autocuidado es: El cuidado de uno mismo, dado por uno mismo y para uno mismo. Señalando además que las acciones dirigidas a cuidarse tienen un componente intencional que las diferencia de las acciones realizadas automáticamente. Así mismo, la autora añade, que se trata de una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos. Resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen

---

<sup>17</sup> OFELIA TOBÓN CORREA Artículo: el autocuidado una habilidad para vivir. [en línea] <[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf)>

parte de su entorno. En este sentido se habla de prácticas cotidianas. Las cuales son aprendidas durante toda la vida y su uso es de libre decisión. Su objetivo principal es fortalecer la salud o restablecerla.

Algunas prácticas que buscan el autocuidado mencionadas por la autora Ofelia Tobón Correa son:

- Manejo del estrés.
- Habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales.
- Comportamientos seguros.
- Recreación y manejo del tiempo libre.
- Diálogo.
- Adaptaciones favorables a los cambios en el contexto.

Sobre esto mismo, se indica que cualquier práctica de cuidado trae cambios en algún aspecto ligado a lo cognitivo, afectivo y psicomotor. Afectando de forma positiva el modo de vida de las personas.

## **5.2 Tipos de prácticas de autocuidado**

“En el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de prácticas: Las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo” (Tulia María Uribe, 1999).

Con respecto a esto se dice, el que, un individuo lleve a cabo prácticas positivas de autocuidado en su vida depende de ciertos factores ligados a elementos internos y/o externos a él. Estos pueden ser de orden, físicos, químicos, orgánicos, psicológicos y social.

Por otro lado, y en relación a los elementos de carácter internos, se señala que la existencia del autocuidado requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por: El autoconcepto, la autoestima, auto-aceptación, el autocontrol y la resiliencia, identificados a continuación (Tulia María Uribe, 1999).

A continuación se explicarán estos conceptos desde la definición citada en el artículo “Autocuidado una habilidad para vivir”, de Ofelia Tobón Correa:

- **El autoconcepto:** Esta determinado por una “serie de creencias sobre sí mismo que se manifiestan en la conducta”. Se relaciona con elementos como la autoaceptación dada de la visión objetiva como resultado de un autoconocimiento profundo. Así mismo, otros elementos como la autoimagen<sup>18</sup> y la autoeficacia<sup>19</sup> aparecen y regulan el autoconcepto”.
- **Autoestima o autovaloración:** Se relaciona con “La valoración que toda persona tiene de sí misma y que expresa como un sentimiento a partir de hechos concretos. La autoestima nace del autoconcepto que una persona tiene de sí misma y se forma a partir de las opiniones de los demás, expresadas a través de mensajes verbales y no verbales, sobre la persona y de la manera como esta los recibe”.
- **Autocontrol:** “Es la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones. El control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al autocuidado, es así como el control interno está relacionado con las creencias que tienen las personas y la capacidad de influir en el medio y en el curso de la propia salud... A su vez, el control externo es todo aquello que viene del medio externo a la persona, por ejemplo, la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación”.
- **Resiliencia:** En relación al autocuidado, “permite focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida... involucra aspectos internos como la autoestima, el buen humor, la seguridad, la empatía, entre otros, y condiciones del medio en lo económico, familiar, social, político, cultural. La resiliencia es importante en el autocuidado porque facilita a las personas actuar de manera mas ‘sana’ frente a los obstáculos a la calidad de vida”.

### 5.3 Prevención versus promoción del autocuidado

---

<sup>18</sup> Autoimagen: esquema mental que tenemos de nuestra propia imagen corporal

<sup>19</sup> Autoeficacia: es la creencia en nuestras capacidades para obtener lo que nos proponemos.

A partir del artículo “autocuidado y su papel en la promoción de la salud” que introduce el tema de la promoción y la prevención para el autocuidado y la importancia de la cultura en esto. Me doy cuenta de la necesidad de crear estrategias de intervención desde la promoción del autocuidado, Implementando recurso que ayuden a generar espacios para el desarrollo personal a través de la entrega de herramientas y/o espacios que resuelvan las necesidades de las personas.

Es así como el artículo señala: El cuidado hacia uno mismo forma parte de una construcción cultural, que se desarrolla a través del tiempo. Estos cuidados se llevan a cabo a partir de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos al respecto (Tulia Uribe, 1999).

Así, desde las corrientes filosóficas surge el concepto del cultivo de sí, que se fundamenta en la relación del individuo consigo mismo. Tiene como principio el cuidarse y respetarse a si mismo.

Para los griegos el cuidado de sí, no solo hacia referencia al cuerpo sino también al alma. Ellos practicaron de forma integral el autocuidado cambiando el concepto y el simbolismo en relación al propio cuerpo y al de otro. Posteriormente los avances científicos y tecnológicos en la medicina como en otras áreas dieron lugar a la conceptualización de dos tipos de cuidados: Cuidados de costumbres relacionado con los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial. Son los aprendidos en el proceso de sociabilización. Y los cuidados de curación son los utilizados en el tratamiento de enfermedad (Tulia Uribe, 1999).

El texto además indica, que la influencia de la medicina determino en parte el modo de practicar el cuidado y autocuidado, creando un sistema de salud dirigido a curar una enfermedad más que a promover cuidados habituales para la vida.

Surge entonces el concepto de cuidado anticipado. Promoviendo actividades dirigidas a la prevención de ciertas enfermedades focalizándose en los factores de riesgo. Desde un enfoque educacional con estrategias basadas mas bien en advertencias y mensajes de prohibición.

Creo importante citar esta idea con respecto al cuidado, ya que hasta ahora la prevención es la base de las estrategias de salud. Se hace necesario entender la importancia de desarrollar el autocuidado desde una perspectiva que lo integre al sistema de vida de las personas, creando valores y hábitos relacionados al cuidado de si mismo y así mejorar la calidad de vida de las personas.

Con la idea de esclarecer un poco más los conceptos quisiera citar el siguiente párrafo en relación a la prevención versus promoción de la salud (Ofelia Tobón Correa):

"En primer lugar, ambos persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad...O sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de enfermedad...la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final. Además, la promoción formula e implanta políticas saludables y cambios en el entorno de vida del individuo. En este sentido la promoción hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud".

#### **5.4 Influencia de la cultura en el autocuidado**

Como se ha podido ver en el desarrollo de la problemática aquí desarrollada, la cultura es un determinante esencial ya que se encuentra intrínseca a cada comunidad y por ende a cada persona y a cada dinámica generada en su interior. Es así como no deja de influenciar en el autocuidado y en el lugar que ocupa este, en la vida de los individuos. En este sentido, la influencia de la cultura en el comportamiento del individuo frente al autocuidado se basa en tres puntos principales, según lo señala la autora (Tulia María Uribe J, 1999):

- 1) "los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales" ligados a los conocimientos acumulados y las representaciones sociales (mitos y supersticiones) en relación a la salud.
- 2) "La existencia de las paradojas comportamentales" (por De Roux G, citado en el artículo);se refiere a la incongruencia que existe entre la importancia que dicen las personas que tiene para ellas la salud y los comportamientos poco saludables vistos en la practica del cuidado, teniendo conocimiento de los factores de riesgo. La razón de esto

recae en la idea que se tiene de enfermedad y la auto-atención, proporcionada solo en estas situaciones.

- 3) "La socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo". Este punto es muy importante cuando hablamos de autocuidado en la mujer. Social y culturalmente a la mujer y al hombre se les ha asignado un papel diferente en relación al cuidado. Específicamente en la mujer el rol de cuidadora se le ha incorporado como si fuera parte de su naturaleza femenina. Este estereotipo social ha regulado los hábitos y patrones en el cuidado del cuerpo y la salud. En este sentido:

"En la mujer, el rol de cuidadora de otros labró el modelo femenino de ser para otros versus ser para sí; el cual ha generado en la mujer bajos niveles de autoconcepto, autonomía y autoestima, influyendo significativamente en la forma de asumir el autocuidado de su vida, su cuerpo y su salud".

### **5.5 Fomento del autocuidado**

Al principio de la intervención, durante las primeras sesiones, era común escuchar a las participantes decir:

"nunca hemos tenido un espacio para nosotras..., nosotras no existimos..., no tenemos tiempo para nosotras..., nadie nos conoce por nuestros nombres..., somos la mama de x..."<sup>20</sup>.  
Ante la intervención ellas expresaban abiertamente sus sentimientos y su realidad.

Toda persona necesita satisfacer necesidades que le permitan subsistir (ser, hacer, tener, estar) como:

"afecto, protección, participación, entendimiento, ocio, creación, libertad e identidad". Estos elementos se encuentran relacionados con los valores, recursos, costumbres, derechos, las prácticas personales y sociales, los hábitos, creencias, el entorno vital y social y los atributos del ser, como son: libertad, creatividad, dignidad, solidaridad, identidad, autonomía, integridad, fraternidad, sororidad y equidad (entendida como el reconocimiento de la igualdad en la diferencia); todo esto dentro de un marco de respeto mutuo y relaciones creativas y complementarias para que esa fuerza sincrónica, interna de organización y de interconexión del

---

<sup>20</sup> Diálogo expuesto constantemente en el inicio de la intervención, en los espacios de verbalizaciones, por parte de las mujeres participantes.

intelecto, el cuerpo y el espíritu llamado vida, funcione adecuadamente" (Tulia María Uribe J, 1999).

Se han establecido distintas modalidades preventivas en el área de la salud que se relacionan de alguna manera con el autocuidado, basadas principalmente en el enfoque educacional y de prevención.

A la vez: las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación (Dolores Vergara, 2000).

En el caso de las personas, la idea es generar un cambio en las costumbres, hábitos y comportamientos a lo que se refiere al cuidado. Desarrollando una actitud más activa sobre la salud. El hecho de responder a una o varias de estas necesidades crea hábitos de vida, diferentes en cada persona. La práctica de estas actividades es algo que debe ser cotidiano. Ellas como se señala en el artículo, "propician un desarrollo integral; se relacionan con la dimensión emocional, física, estética, intelectual y trascendental del ser, a través del desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales" (Ofelia Tobón Correa, Artículo).

## CAPITULO 6: ARTE TERAPIA PARA EL AUTOCUIDADO

El arte terapia fue la llave que nos permitió entrar en la vida de las mujeres que participaron de la intervención y descubrir desde el encuentro con los materiales, el proceso, la exploración de sus emociones, la obra y las verbalizaciones hechas al respecto, la labor que habíamos ejercido; brindarles un espacio para el autocuidado.

### 6.1 Concepto de arte terapia

En busca del incremento de habilidades y espacios para el autocuidado. Se presenta el Arte Terapia, el cual tiene como base la unión de dos Áreas de desarrollo: El arte por un lado y la terapia por el otro. Se trata; es un campo interdisciplinar de teoría, investigación y aplicación (Marián López y Noemí Martínez, 2006).

El arte a estado presente en todas las culturas, su manifestación se presenta de diferentes maneras a lo largo de la historia. Tessa Dalley (1987), señala:

“La actividad pictórica... ha simbolizado los aspectos personales y culturales del desarrollo. El arte refleja y predice al mismo tiempo las tendencias internas de la sociedad y ha constituido tradicionalmente un ámbito para la expresión personal y las ideas creativas”.

Por otro lado, el concepto del trabajo terapéutico se explica a través de la siguiente cita:

“Los procedimientos terapéuticos están diseñados para ayudar a que se produzca cambios favorables en la personalidad o en la forma de vivir y que permanezcan después que haya acabado la sesión misma” (Ulman, 1961).

Al unir estas dos áreas, en una disciplina y trabajar desde el arte como terapia, se transforma la utilización del trabajo creativo hacia una búsqueda ligada a utilizar los medios plásticos en beneficio de la persona. “Proponiendo una metodología para un recorrido del ser, desde lo simbólico hacia un por-venir imprevisible, buscando dirigirlo hacia un *ser mejor*” (Jean – Pierre Klein, 2006).

Tessa Dalley lo define señalando que el Arte Terapia centra su trabajo en la persona y en el proceso, utilizando los medios artísticos como modo de comunicación no verbal. Su importancia radica en el resultado terapéutico que tiene el crear. Sostiene además, que todas las personas tienen la capacidad de proyectar sus conflictos internos desde una forma visual.

Otros autores indican que en esta proyección existe una búsqueda hacia el conocimiento interno que se produce desde las emociones estéticas y su expresión (Marián López y Noemí Martínez, 2006). Así mismo la expresión como lo indica Jean –Pierre Klein (2006), se transforma en un proceso que permite que la forma creada evolucione<sup>21</sup>

Quisiera además citar el concepto de Arte Terapia desde la ACAT<sup>22</sup>.

Con el objetivo de contextualizar el trabajo realizado con el concepto que existe en Chile sobre el Arte Terapia:

“El Arte Terapia es una especialización profesional de servicio humano, que utiliza diversos medios artísticos y los procesos creativos con fines terapéuticos, educativos, de prevención, rehabilitación y desarrollo personal... El arte como terapia utiliza los materiales, las técnicas, el proceso artístico y la obra en sí, con fines terapéuticos. Busca rescatar el efecto sanador de la expresión artística”.

Se señala además que.” Las técnicas de la terapia artística no se centran en el valor estético del trabajo artístico, sino sobre el proceso terapéutico, considerando que todo individuo, tenga o no formación artística, posee la capacidad latente para proyectar sus conflictos internos por medio del arte. Finalmente la obra realizada es un nexo entre el paciente y el Arte Terapeuta”.

## **6.2 Arte terapia como propuesta para el autocuidado**

Desde los factores que determinan el autocuidado en las personas en relación a la salud mental, el Arte Terapia Entrega:

---

<sup>22</sup> ACAT. Asociación chilena de Arte terapia / Disponible en <[www.arteterapiachile.cl](http://www.arteterapiachile.cl)>

- a) **Un espacio de contención, para comunicar las emociones y expresarse desde lo no verbal.** Las imágenes buscan claridad de expresión a través de la simbolización de sentimientos y experiencias difíciles de decir. Esta manera de comunicar desde lo no verbal permite que los elementos que broten sean menos amenazadores (Tessa Dalley, 1987).
  
- b) **Permite Reconocer conflictos** gracias a que a través del arte se crean equivalentes de la experiencia humana, donde se pueden elegir, variar o repetir a voluntad las experiencias, es así, como el conflicto se reexperimenta, se resuelve y se integra (Kramer). En este diálogo con el propio ser. La obra formula un centro desde donde discutir, analizar y evaluar (Tessa Dalley, 1987).
  
- c) **Desarrolla la creatividad** “la creatividad es la capacidad de hacer que exista algo nuevo para la persona” (Storr, 1972). Esta capacidad tiene una gran importancia que se desarrolla a través de los materiales.
  
- d) **Desarrolla la autoaceptación**, en este sentido se señala que; el solo hecho de crear arte y reflexionar sobre el proceso y el trabajo realizado, permite ampliar el conocimiento de sí, elevar el autoestima, trabajar los síntomas de estrés y de experiencias traumáticas y desarrollar recursos, físicos, cognitivos y emocionales (Marián López y Noemí Martínez, 2006).
  
- e) **Permite conectarse con las propias necesidades** desde un espacio reflexivo y el creador ayuda a que lo visible y palpable surja como también lo invisible e impalpable. Se unen las emociones, las experiencias, la necesidad de saber de uno y la necesidad de saber del mundo. Todo esto en un espacio de posibilidades, es decir un espacio potencial. En este sentido el Arte Terapia acoge a la persona en un encuentro con sus propios límites y capacidades, sus problemas infantiles, sus estructuras de repetición y de bloqueos y le permite observarlos desde otro punto de vista que favorece el cambio. Desde las imágenes que son extensiones de sí misma (Marián López y Noemí Martínez, 2006).

Sin olvidar, como lo señala Marián López y Noemí Martínez (2006) que:

“El Arte Terapia se basa en respeto al ser humano, en la escucha inteligente, en la mirada atenta y en la sensibilidad del que se instala en el espacio que ofrecemos”.

### **6.3 Arte terapia y grupo**

“El grupo permite desarrollar destrezas sociales, un sentido de pertenencia y aceptación, para expresar sentimientos hasta ese momento inexpresados y para experimentar con nuevas conductas... Donde cada uno se siente lo suficientemente seguro como para permitirse ser vulnerable (Violet Oaklander, 2006).

Desde la psicología grupoanalítica, las intervenciones grupales permiten grandes evoluciones individuales y colectivas. Al respecto se señala que el modo más idóneo de trabajo es el grupal ya que es el lugar natural de desarrollo del individuo. Las conformaciones grupales forman parte de la vida de las personas desde que nacen a través de los padres y la familia.

Sobre esto quisiera citar el siguiente párrafo:

“Es el grupo el que nos da la posibilidad de ser individuos, de ser autónomos, de desarrollar todas nuestras capacidades y de devenir personas en el contexto de una cultura. El individuo sólo existe a partir de la existencia de un grupo, del que se diferencia y respecto al que se constituye” (J.M. Sunyer Martín, apuntes).

Estudios llevados a cabo por C. Rogers (1982) indican que las personas logran grandes y profundos cambios en el trabajo grupal gracias a la confianza y la estima generada entre los participantes.

Quisiera realizar una comparación entre los “grupos de encuentros” y los “grupos de orientación o psicoterapia” descritos por C. Rogers, perteneciente a la primera de sus clasificaciones. Y la similitud que puede existir con ciertos objetivos llevados al Arte Terapia.

El “grupo de encuentro”, se basa en la filosofía centrada en la persona donde la importancia reside en el crecimiento personal y de la comunicación eficaz. Busca la apertura personal para facilitar la expresión de los sentimientos en un marco no autoritario, que apoya al individuo en el descubrimiento de sí mismo. Fomentado la comunicación no verbal de los sentimientos y la catarsis (J.M. Sunyer Martín, apuntes).

Por otro lado los “grupos de psicoterapia” tienen un enfoque terapéutico y curativo. Las personas pertenecientes a estos grupos sienten la necesidad de ayuda para poder resolver sus problemas. El grupo se transforma en un positivo medio de apoyo con el cual explorar y resolver dificultades (J.M. Sunyer Martín, apuntes).

Así mismo otros autores (B. Shertzer y S. Stone, 1992) hablan de la definición de grupos como:

“Dos o más personas que entran en contacto voluntario, desde una relación de proximidad y de interacción que producen cambios en cada uno de los individuos. Se caracteriza por una interacción dinámica entre sus miembros, meta común, relación entre tamaño y función, volición y consentimiento y capacidad de autodirección”.

Antes de que se formara el grupo que participaría en el taller de Arte Terapia. Este grupo ya se conocía. Compartía generalmente una o dos veces por semana.

Se conocían desde que comenzaron asistir al centro de rehabilitación, cuando sus hijos estaban recién nacidos, por lo tanto existía cierta confianza entre ellas y cada una conocía la vida de la otra en ciertos aspectos.

En Arte Terapia, el trabajo grupal deriva de dos Áreas principales; una es el Arte Terapia y la otra la terapia verbal de grupo, antes mencionadas. La diferencia fundamental radica en que en algún momento de la terapia los individuos se separan para trabajar en forma individual desde el arte y su proceso creativo. Elemento significativo y transformador para la dinámica grupal. Pero a la vez se genera una tensión entre la dependencia y al separación, es decir, entre el deseo de ser una unidad grupal y el querer expresar la diferencia individual.

Este grupo de alguna manera ya se encontraba estructurado Elementos como: juntarse siempre a la misma hora y en el mismo espacio, crear modalidad de encuentro, contar con cierta organización. Estaban presentes desde antes.

## CAPITULO 7: ANTECEDENTES DEL CASO

### Descripción del centro de práctica

Nombre: Intituto Teletón, Región Metropolitana

Dirección: Mario Kreuzberguer #1531

Comuna: Santiago

El instituto Teletón atiende a niños y jóvenes (menores de 20 años) que presenten algún tipo de discapacidad causada por enfermedades que comprometan el Sistema Neuro-Músculo-Esquelético como son: Parálisis Cerebral, Mielomeningocele, Amputaciones Lesiones Medulares, Secuelas de TEC. Los pacientes son derivados a través de una inter-consulta desde el policlínico, hospital o consulta particular donde ha sido atendido. Su objetivo principal es ayudarlos en su proceso de integración familiar, escolar, comunitario, social y/o laboral, a través de programas médico terapéuticos, psicosociales, educacionales y de desarrollo personal y recreación, a cargo de equipos multidisciplinarios de profesionales y técnicos especialistas en la materia<sup>23</sup>.

El Instituto en la región Metropolitana atiende a más de 8.500 niños con discapacidad y a sus familias. Los profesionales que atienden en la Teletón forman un equipo multidisciplinario, que incluye especialistas del área médica, del área terapéutica, educativa y social.

- **Área médica:** Fisiatras, Ortopedistas, Pediatras, Urólogos, Neurólogos, Psiquiatras y Dentistas.
- **Área terapéutica:** Kinesiólogos, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Tecnólogos médicos, Protesistas, Ortesistas, Nutricionistas, Enfermeras.

---

<sup>23</sup> Instituto de rehabilitación Teletón [en línea] [http://www.teleton.cl/inst\\_santiago.html](http://www.teleton.cl/inst_santiago.html) / [Consulta Enero 2010]

- **Área de Educación:** Educadoras de párvulos, Educadoras básicas, Psicopedagogos, Profesores de Educación Física.
- **Área Social:** Asistentes Sociales, Profesores de Arte, Monitores de teatro.

Servicios complementarios de rehabilitación:

- Servicios médicos y quirúrgicos externos, exámenes y diagnósticos, insumos clínicos y medicamentos.
- Órtesis, prótesis, sillas de ruedas y entrega de otros implementos de rehabilitación.
- Servicio de transporte, alimentación y ayudas sociales para pacientes.
- Programas complementarios y de Alta Motivación:

**Costo del tratamiento:** Dependiendo del nivel socio-económico al cual pertenezca el paciente se evalúa la factibilidad de pago, los beneficiarios de Fonasa A y B reciben atención gratuita.

Los institutos Teletón reciben aporte de donación (campana Teletón) y la fundación Teletón a través de eventos, este dinero se destina para satisfacer con prioridad las necesidades de la Sociedad Pro Ayuda del Niño Lisiado.

Las mujeres que asistieron a la intervención de Arte Terapia grupal, son las madres de adolescentes discapacitados que asisten a la Teletón desde que eran lactantes o muy pequeñitos.

### **7.1 Acercamiento al caso y derivación**

La inserción y derivación fue realizada por parte de Macarena Rivas coordinadora del programa de Alta Motivación del Instituto Teletón. Este programa forma parte de las actividades complementarias que el centro ofrece a los niños desde aproximadamente 6 años. Su objetivo es lograr un espacio de expresión a través de las artes, de forma libre y acogedora. Hasta el momento consta de 13 talleres relacionado a cuatro áreas artísticas (artes plásticas, danza, teatro y música).

Nuestra intención como practicantes fue en un principio trabajar la práctica grupal con niños discapacitados. Pero Macarena nos ofreció la posibilidad de intervenir a un grupo de mamás necesitadas. Según la coordinadora, ellas cumplían con ciertos requisitos que permitirían que la intervención resultara, estos son: Ser personas responsables, estar interesadas (aunque no sabían bien de que se trataba el taller) y disponer de un tiempo fijo; que era en los momentos en que sus hijos se encontraban participando del Taller de Teatro.

## **7.2 Descripción y análisis del proceso terapéutico.**

- **Objetivo general de la intervención**

Facilitar para estas mujeres un espacio de contención que les permitiera lograr conectarse con sus propias necesidades a través los materiales, el proceso creativo y la dinámica grupal. Y a partir de esto tomar conciencia de sus emociones y pensamientos aportando en una mejor calidad de vida.

- **Objetivos específicos de la intervención**

Derivados de las verbalizaciones:

- Entregar un espacio de encuentro grupal donde poder expresar abiertamente sus emociones y pensamientos.
- Descubrirse a si misma desde el otro, a partir del dialogo y la similitud de las experiencias e identificación de las necesidades.
- Contención grupal. Promover el autocuidado desde sus propias necesidades

Derivados de la experiencia con los materiales:

- Brindar un espacio de comunicación no-verbal.

- Permitirles la posibilidad de trabajar con materiales plásticos elementos personales derivados ya sea del inconciente o de temas concientes.
- Proporcionarles un tiempo solo para ellas de conexión con el presente, desde el aquí y el ahora.
- Permitir la fluidez de los temas que fueran emergiendo desde el proceso creativo.
- Experimentar el placer de crear con un enfoque en el proceso y no en el resultado como búsqueda principal.
- Favorecer el contacto sensorial a través de los materiales.
- Ofrecer accesoria técnica en la creación plástica cuando ellas lo requiriesen.

### Identificación de las participantes

Nombre participantes	sexo	Edad	Escolaridad	Estado civil	Nº de hijos	Nivel socio-económico	Causa y Discapacidad hijo
A	F	47	Abogada	casada	2	medio-alto	parálisis cerebral atetósica moderada
C	F	63	Dueña de casas	soltera / conviviente	2	Medio- bajo	Parálisis cerebral / displejia espástica
G	F		Dueña de casa	Casada	2	medio-alto	Parálisis cerebral
x	F	43	Dueña de casa	Casada	2	Alto	Displejia espástica mixta
M	F	52	Dueña de casa	Casada	2	medio	Polineuropatía sensitivo motora, síndrome Moebius
P	F	41	Dueña de casa	separada	2	Medio- bajo	parálisis cerebral espástica
S	F	49	Asesora del hogar	soltera	1	Bajo	Parálisis cerebral mixto, hemiplejia espástica / epilepsia

### **7.3 Historia en común de las participantes**

Las pacientes que participaron de la intervención son 7 mujeres entre 41 y 63 años pertenecientes a distintos estratos sociales, todas ellas son madres de adolescentes en estado de discapacidad, que asisten semanalmente a la Teletón (correspondiente a la región metropolitana) desde que sus hijos eran pequeños, para realizarles distintos tipos de intervenciones y/o para que participasen en algún taller impartido por el programa de Alta Motivación.

Cinco de ellas se encuentran actualmente casadas o conviviendo, una se encuentra separada y una es madre soltera. Sus hijos padecen distinto tipo y grado de discapacidad. Los hijos de P y A presentan mayor grado de discapacidad a tal punto que dependen casi en un 100% de sus cuidadoras para realizar cualquier actividad desde la más básica como por ejemplo vestirse, comer, etc. En el caso de los hijos de G, C, X, M y S, el nivel de discapacidad les permite alimentarse por sí solos, disponer de un grado mayor de interacción y desplazarse de forma más independiente pero aún así con dificultad.

Sus hijos actualmente bordean la edad entre 16 y 22 años lo que significa que ya están en el límite de edad para poder seguir siendo atendido en el Instituto, comienza entonces prontamente una nueva etapa para ellos. Durante el año 2009 participaron en el taller de teatro experimental juvenil, este taller era realizado todos los martes desde las 17:00 hasta las 19:00 hrs. Paralelo a esto, algunos de ellos asisten en otros horarios al taller de Arte, donde pintan y realizan esculturas en papel mache. La habilidad de algunos de ellos a llegado a tal punto que se han ganado el grado de “maestros” lo que significa que las obras que ellos realizan en el taller participan en exposiciones, son puestas a la venta y el dinero recaudado se utiliza para comprar más materiales para el mismo taller.

En relación a estas madres, la actividad a la que ellas se dedican es principalmente al cuidado de sus hijos a excepción de dos de ellas que dividen su tiempo entre el trabajo y rol de cuidadoras.

Dentro del centro de rehabilitación se les ha dado la posibilidad de realizar algunos cursos; entre ellos computación y peluquería, con cero costo económico y con la entrega de materiales necesarios para poder llevarlos a cabo. Fuera de esto nunca han participado en algún tipo de

intervención para desarrollar habilidades para el autocuidado, en razón de sus roles como cuidadoras. Si bien ninguna de ellas presenta alguna psicopatología declarada en la actualidad, C se encontraba pasando por cierto estado depresivo que estaba siendo tratado por un especialista. Le fueron recetados medicamentos como tratamiento.

## CAPITULO 8: INTERVENCIÓN

### 8.1 Setting

Durante el tiempo que duró la práctica en el Instituto Teletón, el espacio físico donde se realizaron las sesiones cada semana, no se dio como un lugar seguro del cual no tuviéramos que preocuparnos al llegar el día de sesión. Aunque generalmente fue siempre el mismo lugar (sala multiuso), en ocasiones se tuvo que trasladar el taller a otra sala (sala de reuniones) y constantemente existía la incertidumbre con respecto al lugar de trabajo, si podríamos disponer de el o no.

Si bien desde un comienzo se efectuaron los trámites para poder realizar la práctica y tener un espacio estable, ocurría que en ocasiones se producían reuniones extraordinarias o eventos, charlas, seminarios que provocaban un desajuste en la coordinación de los espacios.

El espacio que generalmente se uso (sala multiuso) era un lugar espacioso, gozaba de luz natural ya que contaba con ventanales grandes y cortinas blancas que hacían de pared. Además de luz artificial que permitía una buena iluminación. En el lugar había dos aparatos eléctricos para el aire acondicionado que fueron usados en los días más calurosos. En cuanto a la infraestructura interna de la sala, ésta disponía de muchas sillas acolchadas, dos mesones grandes de madera y uno mediano de melamina, piso cerámico y puerta amplia, sin seguro. El lugar era agradable para realizar un trabajo grupal desde el Arte Terapia. Aunque en el interior de la sala no existía acceso a agua. Fuera de esta, al frente, se encontraba el baño que podíamos ocupar sin problema.

Al comenzar el proceso de práctica y debido a nuestra petición, se nos asignó un casillero muy reducido de 40cm de largo x 1 metro de alto y 40cm de ancho aproximadamente, para poder guardar algunos materiales y trabajos bajo llave. Más la posibilidad de guardar algunos trabajos y una maleta con materiales en la bodega del programa de Alta Motivación. Entre la sala de intervención y el lugar donde se guardaban los materiales existía una gran distancia, que debíamos recorrer para cada sesión.

Durante el mes de noviembre se comenzó la construcción del nuevo edificio que modificaría la arquitectura del instituto, motivo por el cual se comenzaron a realizar grandes excavaciones con maquinarias muy pesadas. La sala se encontraba al lado del lugar donde se estaban ejecutando estas obras. Desde los ventanales se lograba divisar el trabajo que estaban realizando los obreros. Esto, inevitablemente nos afectó debido al ruido que llegaba de las máquinas excavadoras.

## **8.2 Encuadre**

La intervención se realizó una vez por semana, los días martes por la tarde (17:00- 19:00 hrs.). Se acordó desde un comienzo y por necesidad de los hijos (que en esos momentos se encontraban en otra sala participando de otro taller) realizar un breake de 15 minutos a las 18:00 hrs. Momento en el cual las mamás irían a ver sus hijos para asistirlos y darles sus respectivas colaciones y posteriormente regresar y continuar la sesión de Arte Terapia.

La práctica duró 16 sesiones, desde el 22 de septiembre del 2009 hasta el 12 de enero del 2010. No hubo excepciones para la realización de las sesiones salvo el día 8 de diciembre feriado.

En la primera sesión se les hizo entrega a las participantes de una ficha de inscripción al taller de Arte Terapia, que ellas debían completar. Básicamente contenía datos personales y antecedentes del hijo que estaba siendo atendido en el Instituto. Como base su objetivo consistía en llevar un registro de las participantes y contextualizar de alguna manera la terapia. Además de esto se les hizo entrega de los lineamientos propuestos para el taller con la finalidad de determinar los elementos formales que constituirían el encuentro de Arte Terapia. Entre los puntos señalados se encuentran las aclaraciones, posibles acuerdos y propuestas de trabajo, que específico a continuación:

- Grupo cerrado
- 16 sesiones de 2 horas cada una; una vez a la semana. Los días martes de 17:00 a 19:00 hrs., sala 5 de educación.
- Evitar los atrasos.
- Café al inicio.

- La sesión se realizará en dos bloques, con un intermedio de 15 minutos a las 18:00 hrs.
- Compromiso de asistencia y puntualidad a las sesiones.
- Celulares apagados o en silencio.
- Clima de confidencialidad y respeto.
- Avisar en caso de inasistencia; fonos: 96192983 Loreto – 86078577 Andrea.
- Los trabajos realizados se guardarán en la institución hasta finalizar el taller para luego ser devueltos.
- Se realizaran registros de las sesiones con el consentimiento de las participantes.

### **8.3 Materiales y técnicas**

Para el desarrollo del proceso creativo se optó por poner a disposición de las participantes una gama amplia de materiales con la idea de que ellas pudieran elegir el material con el cual se sintieran más identificadas, ya sea por su textura, color o plasticidad. Desde ahí, se planteó como base la exploración de los materiales en una búsqueda por encontrar el elemento indicado de simbolización artística. Cada cierto tiempo incorporábamos a terapia materiales nuevos con los cuales experimentar.

En este sentido:

“evocar o estimular la expresión envuelve e invita al paciente o grupo a hacer algo, ya sea si va a hacer algo elegido libremente o va a realizar una tarea específica”. (Rubin, 1984)

Por otro lado, que el material posea la simplicidad que permita libertad para poder ser utilizado del modo como se requiera, es fundamental al momento de proponer una actividad de exploración. “mientras menos estructurado el medio, la persona más va a proyectar en éste”. (Rubin, 1984)

Nuestros conocimientos académicos como pedagoga en Artes Plásticas y Licenciada en Artes visuales, nos permitió poder entender desde la experiencia el lenguaje plástico de los materiales y por ende ser un aporte en el desarrollo del proceso creativo. Gracias a una comprensión más profunda del lenguaje del arte. Refiriéndose a esto, Rubin (1984) señala:

“El arte-terapeuta debe tener dominio de los materiales utilizados en las sesiones, para asistir en forma eficiente a los pacientes que requieran de su ayuda...y también conocer cuales serán más placenteros para diferentes tipos de pacientes”.

Los materiales utilizados fueron de gran variedad. Entre estos están:

- **Materiales pictóricos:** Témpera, tinta china, acuarela, pintura con glitter, lápices pasteles, de cera, grafitos de colores, scriptos, tizas coloridas.
- **Materiales escultóricos:** Greda, plasticina fluorescente, elásticos de colores, lanas, hilos, estopa, cordones, distintos tipos de fibras, telas, alambres blandos de colores, hilo de pescar, palos de helados.
- **Como soporte:** Papeles de diferente tipo de gramaje y color, celofán, crepe, reciclados, cartón forrado, de seda, volantín, tridimensionado, metálico, fluorescente, kraff formato de 11/2 MT, vegetal, cartulinas de colores, goma eva y revistas.
- **Para ensamblaje:** Colafría, maskintape, cinta de embalaje transparente y de color, silicona, Uhu, scotch, pinceles de diferente tipo y porte, tijeras, brochas, rodillo, espátula, paños para secar, mezcladores, vasos plásticos, recipiente para el agua, radio y CDS.
- **Materiales entretenidos:** Limpia pipas de colores, palos de maqueta de colores, palos de helados de goma eva, mostacillas, lentejuelas, glitter, autoadhesivos de goma Eva de figuras geométricas y de insectos, maquillaje para cara, globos, escarcha, pompones de algodón, pelotitas de plumavit.
- **Materiales reciclados:** Semillas, hojitas de árboles, conchitas, ramitas, conos de confort, bandejas de plumavit, cajas de diferentes tamaños, papeles, cajas de plástico transparente, recipientes de mantequilla, vasos de plumavit y diferentes objetos simbólicos.
- **Material de ambientación:** Radio y CD con música de relajación.

Si bien todos los materiales estuvieron siempre a disposición de las participantes, ya que siempre se busco la exploración libre de los materiales, hubo ocasiones donde se plantearon actividades específicas, que se basaron en utilización de algún material plástico en concreto.

**Algunas técnicas realizadas fueron:** Modelado, dibujo, pintura, fototerapia, autocaja máscaras, pintura corporal, impronta.

#### **8.4 Sobre las técnicas y los enfoques**

La propuesta realizada para la intervención se enmarco dentro de lo que es la utilización de los materiales plásticos como conexión con las necesidades de expresión de las participantes. Surgidos desde el inconciente para manifestarse a través de lo creado. Con un enfoque semi - directivo centrado en la persona.

Para cada sesión se mantuvo una secuencia de trabajo casi siempre estable, conformada por 3 etapas de desarrollo:

- **Etapla inicial:** Trabajo de apertura que se genera a partir del encuentro del grupo. Manifestaciones personales verbalizadas. Responde a la pregunta “¿con que vienen?”. Momento de libre expresión donde ellas comentaron como se sentían, que deseaban hacer, hablaban sobre vivencias personales (pareja, hijos, actividades realizadas). Desde una postura de escucha y empática. Elementos que se hacen presentes en esta etapa; respeto y contención.

Paralelo a esto, en varias ocasiones, se realizaron ejercicios de relajación utilizando música e imaginería y se trabajo la respiración y la conexión con el cuerpo. De esta manera se busco conectarlas con el presente y desconectarlas al mismo tiempo de las preocupaciones externas. Se planteó el “aquí y el ahora” en el espacio taller. La imaginaria ayudo a experimentar sensaciones y emociones derivadas de los ejercicios de visualización.

Como parte del trabajo, en esta etapa, también se incorporó el juego y la activación del cuerpo por medio del movimiento. Se crearon dinámicas grupales e individuales de caldeamiento. Búsqueda de placer en la interacción.

- **Etapa intermedia:** corresponde al momento del proceso creativo a partir de los materiales. Esta etapa es de exploración, el “hacer” es la palabra clave. Generalmente con música de fondo (solicitado por ellas mismas), se llevo a cabo un proceso de introspección. Dependiendo de la actividad programada dirigida a través de consignas, el grupo trabaja de modo individual o grupal.

Mientras se fueron descubriendo los materiales, se presentaron momentos de mucho silencio y otros de exteriorización de las emociones. Se observa de modo general solidaridad, respeto y contención. Existieron actividades ligadas al utilización de cualquier medio artístico de forma espontánea y libre, como así mismo otras dirigidas a experimentar desde el sentido táctil, como por ejemplo modelar con los ojos cerrados, maquillaje y pintar con las manos.

Generalmente en esta etapa de la sesión, el trabajo era interrumpido para poder realizar el breake acordado, que les permitía atender a sus hijos.

- **Etapa final:** corresponde al cierre de la sesión. Cuando ya se da por terminado la experiencia creativa, el grupo se vuelve a reunir para mostrar (por su puesto si es que así lo desea) la obra realizada. En el centro se colocan los trabajos, de manera de poder ser vistos por todas las integrantes. Se observa y se comenta en relación a lo creado y sobre los temas emergentes. Se manifiestan sensaciones, emociones y experiencias vividas.

## **CAPITULO 9: EL PROCESO**

### **9.1 El proceso del terapeuta**

“El lugar del arteterapeuta, una vez que se han dado las consignas de actividad, es el de seguir el comportamiento del paciente, ser testigo de su aventura, ayudarlo a salvar los obstáculos que pueda encontrar...El trabajo del terapeuta exige una gran capacidad de concentración...La atención debe permanecer abierta, sin anticipación, sensible al resonancia afectiva y representativa” (Sara Paín, 1995).

El trabajo realizado con el grupo estuvo dirigido hacia la contención grupal e individual. Desde un trabajo semi-directivo con una postura de escucha sensible a las necesidades requeridas por el grupo. El rol nuestro fue principalmente guiar las actividades desde las consignas sugeridas. Explicando en que consistía la actividad, para posteriormente tomar una posición de escucha desde la observación del proceso y de los contenidos emergidos. Con una actitud empática y amable, capaz de llegar a ellas desde la honestidad de nuestro trabajo.

En momentos, les hicimos saber que estábamos en proceso de aprendizaje, donde existía la posibilidad de equivocarnos. Independiente de esto, nuestra idea fundamental era entregar lo mejor de nosotras como terapeutas.

En el proceso artístico, la aproximación hacia el grupo fue de acuerdo con los objetivos de la actividad. “Los momentos de separación son ricos en información: nos dan la oportunidad de percibir cómo vive el sujeto el taller” (Sara Paín, 1995).

Un punto importante y enriquecedor fue escuchar los comentarios de ellas con respecto a la actividad propuesta. Sobre esto se descubrió que las actividades que implicaron la incorporación de lo sensorial como principal característica, les entregaba mucho placer. En este sentido, “Es interesante prever un tiempo en el que puedan circular los comentarios y con ellos las ansiedades frente las novedades” (Sara paín, 1995).

“Para el arteterapeuta el problema es adquirir la facultad de esperar sin sentirse angustiado ni por el silencio ni por la lentitud del desarrollo del proceso plástico y poder enfrentar de una manera constructiva los comportamientos de resistencia, de agresión, de pasividad, y soportar tanto la extrema dependencia de los sujetos como sus tentativas de autonomía” ( Sara Paín, 1995).

Elementos de transferencia fluyen del trabajo grupal y se manifiestan de distinta manera para cada una de nosotras, provocando así mismo distintos tipos de reacciones y sensaciones en cada una.

En mi caso y al evaluar los elementos transferenciales esta se produjo con elementos relacionados con la maternidad y el dolor de no ver un futuro seguro para sus hijos, las discriminaciones vividas diariamente. El cargar con todo el trabajo que implica quedando de lado la responsabilidad del hombre.

Sentimientos extraños me invadieron al comienzo de nuestro trabajo terapéutico en relación a una de las participantes por su modo desconfiado de relacionarse, pocas ganas de trabajar, costándole seguir las consignas y teniendo una actitud un poco descortés. Me hice cargo acercándome a ella y motivándola como a las demás, pero no podía dejar de sentir esa sensación de molestia. Esta sensación terminó cuando ella dijo abiertamente en una de las sesiones, su visión en un principio con respecto a las actividades y como su percepción había cambiado después de algunas sesiones.

Es importante ser consciente de los contenidos que se están transfiriendo en el proceso terapéutico o hacer posteriormente una re-elaboración en relación de estos. En este sentido, cuando se trabaja en Coterapia la elaboración de los temas de modo grupal cumple un rol fundamental al momento de analizar los temas que emergen a nivel personal. Esta experiencia de trabajar en conjunto en la realización de una intervención nos permitió poder compartir decisiones, responsabilidades y tener igual nivel de atribuciones.

“Consiste en una relación cooperativa, que brinda una mutua supervisión continuada del tratamiento, posibilita el disenso y el mutuo enriquecimiento, da apoyo mutuo y evita la soledad de la practica psicoterapéutica” (Miguel Garrido Fernández, 1996).<sup>24</sup>

Personalmente, trabajar en Coterapia fue un proceso que fue tomando forma a medida que nos íbamos conociendo más como compañeras de intervención. El poder elegir la compañera con la cual deseas trabajar es muy importante y permite tener mayor seguridad en la relación y menos ansiedad. Independiente de esto es inevitable encontrarse con diferencias en el modo de pensar y abordar la terapia, pero esto te enseña a ser flexible y ceder, experimentar otras opciones y enriquecerte por los resultados.

Así mismo, el apoyo y cooperación entregada y recibida convierte la experiencia en una posibilidad de crecimiento personal. El poder discutir sobre la experiencia, realizar observaciones y reconocer equivocaciones en conjunto, posibilita un desarrollo mas optimo de las evaluaciones después de cada sesión.

Por otro lado el respeto mutuo, el cariño y la vocación, posibilitó llevar por buen camino la terapia.

Mi compañera, al respecto señala:

Trabajar en Coterapia significó un gran esfuerzo al inicio. Buscando equiparar condiciones, modos de pensar o actuar e incluso jerarquías. Poco a poco encontramos la forma de complementarnos y validarnos mutuamente frente a las necesidades del grupo. Una gran preocupación, fue si podríamos sincronizarnos en las intervenciones, o si guiaríamos en el mismo sentido la terapia. Al pasar de las sesiones, esto se fue dando de forma natural. A veces bastaba solo una mirada para comunicarnos o darnos a entender. Dejando completamente de lado la visión narcisista, consolidando el vínculo desde la confianza y el respeto. No es fácil deshacerse de la lucha interna de poder y desconocer esto habría sido un error ya que asumirlo, nos ayudó a trabajarlo. La supervisión juega en estos aspectos también un rol fundamental ya que hace posible el visualizar objetivamente estos aspectos y mantenerlos en constante reflexión, por lo cual se hacía necesario revisar en profundidad cada semana nuestra intervención y relación como coterapeutas, además de

---

<sup>24</sup> ↑ Miguel Garrido Fernández (1996). «[Género e interacción en la coterapia y el equipo reflexivo](#)». Departamento de Psiquiatría, Universidad de Sevilla. Consultado el 18 de abril de 2010

hacerlo en reuniones de supervisión. Se hace muy necesario este punto de reflexión para evitar el estancamiento de la terapia y promover la circulación y movilización de emociones ocurridas dentro del vínculo de coterapeutas.

Ahora, en relación a la supervisión. En un principio no lograba entender su importancia. Eso se reflejaba en mis atrasos e inasistencias a las citas de supervisión. Posteriormente al plantearle a mi profesora guía mis dudas y sentimientos, ella logro que yo comprendiera la importancia de la supervisión cuando se trabaja desde el Arte terapia. La posibilidad de contar con otra terapeuta con más experiencia y compartir el trabajo de práctica con ella es de gran ayuda, me permitió ver cosas que no me había dado cuenta, nos ayudo en el proceso de coterapia y posibilito enriquecer mucho más la experiencia. Fue un gran apoyo

## 9.2 Proceso arte terapéutico

A modo de registro de participación se presenta el siguiente cuadro, que indica en forma resumida la asistencia de las participantes y la sala en la que se trabajo en cada sesión. Se mencionan ya que forman parte de dos situaciones que afectaron de una u otra manera al grupo por su carácter de adaptabilidad que requería.

Asistencia: permite visualizar de forma mas especifica, el nivel de implicación desde la presencia/ausencia a las sesiones. En este grupo la constancia era un factor importante para ellas. La no presencia en reiteradas veces de X y ciertas ocasiones de P. Producían preocupación por parte de las otras mujeres. Buscando modos de comunicarse con ellas y saber porque no habían asistido. Y fue parte de los temas tratados en ciertas sesiones.

Sala segura: La sala asignada para el taller, en ciertas ocasiones no se encontraba disponible, lo que hacia que tuviéramos que trasladar la actividad a otro lugar. Esto convertía la situación en un elemento inestable e inseguro para el trabajo desde el Arte Terapia y de alguna manera siempre estaba la duda si íbamos a poder trabajar. No solo por parte de nosotras sino también por parte de las participantes, muy comprometidas con el taller.

En relación a la participación. **X** falto a 9 sesiones asistiendo a la última, **P** falto a 3 de las sesiones, **A** no asistió a 2 de ellas, **M** y **S** a 1 de las sesiones y **C** y **G** asistieron a todas.

**Tabla de porcentaje de asistencia**

<b>Participante</b>	<b>Porcentaje</b>
A	87,5%
C	100%
G	100%
X	37.5%
M	93.75%
P	81,25%
S	93.75%

### **9.3 Contenidos emergentes**

Durante el transcurso de la terapia surgieron elementos simbólicos a través de las obras, algunos se fueron repitiendo, independientemente de la temática y los materiales utilizados. Entre ellos están: la huella, el sofá o banca, cruz, contenedor, la silueta, nidos,

En relación a las temáticas que aparecen, estas tienen que ver con rol de cuidadoras, la maternidad, familia, grupo, recuerdos, deseos, la no identidad, el remplazo, el cansancio.

A continuación se detallaran algunas sesiones, a mi consideración las más enriquecedoras.

· **SESIÓN N° 1: “Los recuerdos”**

El primer encuentro fue en la sala de educación, una sala muy decorada con muchos elementos que distraen.

Para romper el hielo, se realiza un caldeoamiento, esto incluyó ejercicios de respiración y activación del cuerpo con movimientos suaves.

Posteriormente, la invitación estuvo dirigida a explorar los materiales, descubrirlos, probar su textura, plasticidad y posibilidades que entrega dentro de la creación. Para esto se puso a disposición de ellas una gran variedad de materiales y soportes.

En la primera sesión se trabajo de forma individual.

Se observo gran concentración, tranquilidad y curiosidad durante le proceso. Una de ellas tarareaba una canción mientras trabajaba.

Entre los materiales utilizados están las conchitas, hojas secas, semillas, lápices y fibras vegetales.

Para el cierre, nos volvimos a juntar, y se verbalizo acerca del proceso y la experiencia. Comentaron que hacía tiempo no creaban ni se conectaban con el arte. Les gusto mucho.

- **Temas emergentes:** paisajes derivados de recuerdos de la infancia y lugares agradables para ellas.

- **SESIÓN N° 3: “El contenedor”**

En esta sesión se parte con un ejercicio de respiración profunda para calmarlas y desconectarlas de sus preocupaciones.

Se incorpora la música como herramienta de trabajo.

La actividad estuvo dirigida experimentar un ejercicio a través del tacto con los ojos cerrados. En un principio la idea fue realizar una descarga de energía, de sentimientos negativos y tensiones desde el material. Se utilizo un paquete de greda por cada una, la cual podían amasar, golpear, apretar, azotar contra la mesa por un tiempo. Luego se paso a la siguiente etapa del trabajo donde se les pide que cierren sus ojos y formen una bola con sus manos. Posteriormente se les pide que deformen esta bola introduciendo el dedo pulgar y creando un recorrido sensorio táctil en el modelado, no buscando crear nada conocido, solo modelar libremente.

Para el cierre nos volvemos a reunir y se comenta en relación a lo creado. Manifiestan el agrado que había significado la experiencia y lo relajadas que se sentían luego de haber descargado sus tensiones en la greda.

- **Temas emergentes:** Al observar todos los modelados puestos en el centro del círculo de verbalización logro apreciar y comentar con ellas la forma contenedoras que tenían sus obras. Sumándose a esto un trabajo más explícito apelando a la forma de un sofá.

- **SESIÓN N° 7: “jugando”**

En esta oportunidad trabajamos el caldeamiento desde el juego. Para lo cual se hace entrega a cada una de ellas de dos globos semi-inflados. Se arman grupos de a tres y se propone la realización de masajes en todo el cuerpo utilizando solo los globos a partir de pequeños empujoncitos. Esto pone a prueba la confianza en el otro y la capacidad de entregarse al placer de sentir.

Se propone posteriormente la realización de un mandala grupal. Todos intervienen en el trabajo de todos por medio de turnos. La idea central fue que cada uno aportara en la realización de varios trabajos que en ese momento no pertenecían a nadie y a todas. Hasta el final donde vuelve a su lugar de origen. Comienza el proceso de reconocimiento de la obra; se observaron algunas confusiones en la identificación de los trabajos y cierto rose por falta de impronta personal. Se logra percibir desconformidad en relación a los resultados esperados, optan por realizarles algunos cambios.

Este ejercicio permitió un análisis con respecto al compartir espacios personales y a la aceptación de lo que el otro tiene para entregarme.

- **Símbolos emergidos:** sofá, nido, sillas, casa, nidos con fibra vegetal, huella, camino de piedras, iglesia, letras.

· **SESIÓN N° 9: “mural grupal”**

Se inicia con un caldeamiento simple, buscando la relajación de las tensiones y la conexión con el espacio. Se utiliza música para lograr el objetivo.

En esta oportunidad la actividad estuvo dirigida hacia la construcción de un mural grupal con tema libre, elegido por ellas como acuerdo. Se utilizó tempera para su realización

· **Símbolos emergentes:** cruz al centro, juegos- niños, camino largo y verde que cruza todo el mural tiene aspecto de pasto pero posee la líneas blancas propias de las calles urbanas, banca, al lado mujer con niño discapacitado, naturaleza-flores, familia, perro, corazones, huellas que cruzan el camino.

El tema de trabajo fue de mutuo acuerdo, la iniciativa de trabajo la tomo **G**, que trazo en forma cruzada esa larga franja verde en forma de camino, trabajan en conjunto llegan a acuerdos de forma rápida. Se aceptan con respeto y cada una aporta con algo en el mural. Analizan la cantidad de huellas que deben hacer para estar integradas al mural y ser parte de el, desde las huellas pero no presentes en su totalidad (están pero no están).

Solo 5 trabajan, **P** conversa durante todo el proceso con la otra terapeuta en forma individual. El grupo nota esto, hacen bromas, pero no se habla sobre el tema.

· **SESIÓN N° 10: “la historia del mural”**

Esta vez el encuentro se realiza en la sala de reuniones.

Se coloca en la pared y el grupo observa el resultado de la semana anterior. Al darles la posibilidad de modificar alguna parte que ellas desearan. Fluye de forma espontánea de parte del grupo la necesidad de que **P** también intervenga en el mural ya que la sesión pasada no trabajó en el. De alguna manera el grupo le indica lo que debe hacer. Ella acepta sin ningún problema.

Como segunda actividad complementaria a esta se les propone que cada una invente una historia sobre la imagen que aparece en el mural. El resultado de 3 de ellos es el siguiente:

“Hace muchos años paseaba por un largo camino verde y lo extraordinario de este camino tenia la huella de siete personas muy esforzadas y sufridas en la vida. Pero lo maravilloso de estas personas que a pesar de todo lo difícil que les había pasado seguían llenas de amor y positivismo para seguir en el camino que les tocaba caminar lleno de colores, flores y mucho amor”...G

“Quiero expresar en estas líneas lo enriquecedor y hermoso que ha sido conocernos, compartir cada martes ¡mil gracias! Este mural que hemos realizado dan ganas de gritar que si existe la felicidad, amistad.  
Descansar relajarse en el verde parque que rico es.  
También me conecto y recuerdo a mi Niki que no lo olvidare jamás.  
Con cariño M”

“A sido largo el camino  
A sido triste lo aprendido  
A sido pesado seguir adelante  
A sido cansador levantarse temprano  
A sido confortable tus pasos  
Ha sido; alegre tu risa  
Ha sido tranquilo tu dormir  
Ha sido y será el camino largo con cosas buenas  
Y malas pero siempre aprendido y asumido”...P

- **Emergen:** Fe, camino, verde pasto, amistad, dolor, hijos,  
Como cierre cada una leyó su escrito, muy emocionadas.

#### SESIÓN N° 11: “mi mascara”

- **Caldeamiento:** Conversación. Se da la consigna de la actividad. No muestran mucha buena disposición para la actividad. Les preocupa pintarse la cara. Siendo que anteriormente le habías comentado sobre esta actividad.

Se les propone la realización de varios diseños de mascaras.  
Posteriormente comienza la etapa de maquillaje. Se muestran alegres y entusiasmadas. Se concentran en la actividad y a la vez se burlan entre ellas.  
Diseños previos guiaron los modelos que posteriormente aplicaron en sus rostros.

- **Símbolos:** corazones, estrellas, lunas, flores, colores, arco iris.

Para finalizar piden se fotografiadas y plasman su rostro sobre papel seda (impronta)

- **SESIÓN N° 12: “La historia de las mascararas”**

En esta oportunidad se comienza trabajando inmediatamente en el trabajo de crear una mascara partir de la impronta realizada la sesión pasada, con lápices y materiales variados. Definiendo formas y detalles del rostro. Posteriormente, se les propone escribir algo acerca de esa mascara; como se llama, para que les sirve, de que me protege, quien la usa, etc.

- **Temas emergentes desde las historias:**

- “la consentida, que consigue todo lo que quiere”
- “la mascara feliz sirve para entreverse e identificarse con uno mismo y jugar con los niños; la usa en defensa de sus pensamientos ya sean pensamientos positivos o negativos, me ayuda a ser mas fuerte, aprender todos días y reflexionar de por que pasan las cosas”.
- “Esta máscara me encanta porque me da alegría y positivismo, me encantaría usarla siempre para así contagiar al resto de las personas”
- “Esta durmiendo, yo la utilizaría para jugar con esta mascara y entretenerme”

- **SESIÓN N° 14: “pintando con las manos”**

- **Caldeamiento:** activación del cuerpo a través de movimientos corporales, desde una dinámica.

La actividad se basa en la consigna pintemos con nuestras manos. Trabajo grupal dirigido a experimentar lo sensorial, desde la fluidez de la pintura y las posibilidades que entregan los colores.

Observaciones: trabajan con mucho respeto. Cada una tiene un espacio establecido para pintar, no se mezclan las manchas. División vertical del espacio de cada una. Se mimetizan las manchas por los movimientos curvos que tienen. Búsqueda de un resultado plástico en la imagen. La actividad se desarrolla de forma rápida.

- **Símbolo emergente:** huella, presencia de una persona sin rostro que la identifique, solo silueta, corazones, en varias partes.

A partir de las observaciones se propone otro ejercicio. Trabajo individual. Cada una tendrá medio pliego para intervenir con las manos, pintando con los ojos cerrados. La idea principal es que se conecten con las sensaciones que van apareciendo, temperatura, fluidez, espesor. No buscando un resultado plástico, sino que disfrutando del proceso.

- **Verbalización:** experimentan mucho placer, les encanto el resultado generado del trabajo individual, estaban sorprendidas por los resultados plásticos, se habla de las sensaciones que experimentaron.

- **SESIÓN N° 16: “El contenedor de nuestra experiencia en Arte Terapia”**

La propuesta va dirigida a crear un contenedor donde ellas puedan guardar los trabajos realizados en Arte Terapia. La técnica y la forma son de libre elección. Todos los materiales están dispuestos para ser usados.

- **Observaciones:** Aunque el trabajo era totalmente libre en su hacer. Puede observar un gran parecido en todos los contenedores, que pasan a ser bolsas confeccionadas con papel Kraft grueso. Detalles las separan en relación a las terminaciones y en cierta manera al material de decoración.

Como cierre: se había organizado una semana anterior, la realización de una convivencia. Oportunidad que aprovechamos para agradecerles su apoyo y colaboración en la terapia, haciéndoles entrega de un CD con todos los registros realizados y una tarjeta con nuestro agradecimiento y valoración por las grandes mujeres que son.

Esta etapa fue compartida con sus hijos que estaban esperándolas.

- **Símbolos emergentes:** Paloma y stickers de mariposas

#### **9.4 Observaciones a partir de la intervención**

El trabajo desarrollado durante el proceso de intervención grupal se Con el grupo se logro crear una dinámica contenedora llena de afecto y respeto por sus integrantes. Desde un proceso creativo y enriquecedor. Originado de ellas y de sus capacidades innatas para comunicar y conectarse con sus necesidades de forma rápida y libre. Los materiales le posibilitaron el encuentro con ellas mismas, con sus recuerdos, su esencia de mujer, con sus sueños. Sentimientos que hasta ese momento se encontraban totalmente invalidados. Se habían focalizado en sus hijos y se habían olvidado de ellas mismas.

Durante el proceso fortalecieron la confianza en ellas mismas y en el amor propio que se tienen. Registrado a través de la evolución del proceso Esto, pudo ser observado en el mismo proceso artístico. En el evolución en el modo como comenzaron y como terminaron trabajando con los materiales plásticos y las reacciones manifestadas ante sus propias creaciones. Importante fue la ayuda del mismo grupo, que sabe como contener. Y como no, si es lo que han hecho toda su vida, pero esta vez para ellas mismas.

En un principio, verbalizaban la rabia que sentían por la incomprensión existente a su alrededor. El taller las ayudo a empoderarse de sus vidas, comprender que tienen todo el derecho a cansarse de su labor, que deben delegar responsabilidad, que tienen derecho a divertirse y a ser mujeres y no solo mamás.

El interés que ellas demostraron durante le transcurso de las 16 sesiones permitió sacar el máximo provecho del tiempo. Mujeres activas, capaces de aportar con ideas nuevas. Se atrevieron a experimentar con los materiales. Sacando temas que hasta ese momento aun no habían sido elaborados. Los símbolos aparecían solos, cada vez que fue necesario, removiendo sentimientos muy internos en ellas.

Los ejercicios de caldeoamiento les ayudo a salir de ese estado pasivo simbolizado por una quietud corporal, les permitió divertirse y relajarse.

Simbólicamente la sesión era interrumpida por las necesidad de sus hijos, pero lidiaron con esto de manera positiva, aceptando su rol de madres pero a al vez descubriendo algo nuevo en ellas. Atendían a sus hijos con gusto y volvían rápidamente al taller para no olvidarse de ellas y volver a conectarse con sus necesidades.

Destaco la gran fe y desarrollo espiritual que poseen. Esto les ayuda a mirar el futuro de manera positiva.

### **9.5 Conclusiones generales**

La intervención realizada al grupo de mujeres madres de adolescentes discapacitados, muestra fehacientemente el aporte con el que puede contribuir el Arte terapia en grupos vulnerables en razón del contexto en que se encuentran. Desde la promoción de la salud es necesario hacer un cambio en las políticas implementadas e incluir alternativas que no solo se basen en un enfoque educacional sino más bien se inserten en la vida del individuo entregando un espacio real para el autocuidado. Esta idea proviene del conocimiento sobre los elementos que intervienen en la cantidad de cuidados que se entrega un individuo a si mismo. La cual se relaciona con factores internos de la persona que miden el grado de desarrollo personal que esta posee.

La autoestima, el autoconcepto, la autoeficacia se manifiesta a través de niveles de desarrollo dependiendo de la persona, el tipo de personalidad y las vivencias externas objetivas. Desde el Arte terapia es posible mejorar estos aspectos por medio del trabajo creativo que posibilita un encuentro consigo mismo, un autodescubrimiento por medio de las imágenes y el proceso de crear. Permite hacer conciente conflictos no resueltos, desarrolla la confianza y la creatividad cambiando el modo como la persona se enfrenta las adversidades que se le presenten.

El caso expuesto anteriormente demuestra lo positivo que es contar con un espacio propio para la persona, que la enfrente consigo misma de modo sutil y amoroso.

El Arte terapia permite entrar en el mundo del otro con amor, paciencia y vocación de servicio. Es una disciplina que me ha enriquecido en todos los aspectos de mi vida. El terminar el proceso de especialización en Arte Terapia con una practica supervisada, Permite la unificación de todos los conocimientos adquiridos. En un constante proceso de aprendizaje. La experiencia a mi parecer es la que más aporta en el desarrollo profesional del terapeuta en artes.

## BIBLIOGRAFÍA

- CIF, Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud. Librería de la OMS (WHO Library Cataloguing-in-Publication Data).
- GUSTAVO FRANCISCO DE FILIPPIS. Desafío de bienestar: Viviendo más allá del stress. Copyright 2008.
- HYDE, J, SH. Psicología de la mujer, la otra mitad de la experiencia humana (4ª edición). EDICIONES MORATA, S.L (1995). pp.58-90.
- J.M. SUNYER MARTÍN. cap. 17 Intervenciones grupales. En su: Orientación psicológica grupo analítica, reflexiones desde la práctica. Biblioteca Nueva. pp. 364-367-368.
- JEAN – PIERRE KLEIN. Arteterapia, una introducción. Ediciones OCTAEDRO, S.L. 2006.pp. 80-89.
- LILIÁN GONZÁLEZ CHÉVEZ. Análisis cualitativo en salud: Teoría, método y práctica. P. 171.
- LOURO BL. Atención Familiar. En: Álvarez Sintet R: Temas de Medicina General Integral. Vol. 1 Salud y Medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. pp. 209-238.
- LUIS A. OBLITAS y colaboradores. psicología de la salud y calidad de vida. 2ª. Ed. International Thomson Editores, 2006.
- MANUEL ARMAS CASTRO/ WOLTERS KLUWER. Prevención e intervención ante problemas de conducta. Estrategias para centros educativos y familiares. España, S.A. 2007.
- MARÍA DOLORES MIGUEL LÓPEZ DE VERGARA. Enfermería psicosocial y salud mental. 2000. 49p.
- MARIÁN LÓPEZ FERNÁNDEZ CAO Y NOEMÍ MARTÍNEZ DÍEZ. Arteterapia. Ediciones TUTOR, S.A. 2006. pp.13-17-41.
- SARA PAÍN GLADYS JARREAU. Una Psicoterapia por el Arte, Teoría y técnica. Ediciones Nueva Visión, 1995.

- TESSA DALLEY. EL ARTE COMO TERAPIA. Editorial HERDER, 1987. pp.14- 17.
- VIOLET OAKLANDER. El tesoro escondido. Editorial Cuatro vientos, Santiago de Chile, 2008.192p.

## V. WEB

- · M<sup>a</sup> José Ferradáns Villar. Familia y discapacidad, perfiles profesionales de familias con personas con discapacidad [en línea] <<http://www.apacaf.org/pdf/filosofia07.pdf>> [consulta. enero, 2010]
- Conceptos básicos en rehabilitación [en línea] <<http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion-doc/>> [Consulta: enero, 2010]
- Ponencia conjunta: OIT, UNESCO Y OMS. Rehabilitación Basada en la Comunidad / con y para las personas con discapacidad [en línea] <<http://unesdoc.unesco.org>> [Consulta: enero, 2010]
- UNICEF Chile - Familia [en línea] <[www.unicef.cl/unicef/index.php/Familia](http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Familia)> [Consulta: marzo, 2010]
- El cuidador [en línea] <[http://www.cocemfecyl.es/blok/cuidador/apo\\_1.html](http://www.cocemfecyl.es/blok/cuidador/apo_1.html)> [Consulta: abril, 2010]
- María Pilar Sarto Martín. Artículo sobre discapacidad y familia.III Congreso “La Atención a la Diversidad en el Sistema Educativo”. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO) [en línea] <<http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>> [Consulta: enero, 2010]
- Artículo:COCEMFE confederación de personas con discapacidad y orgánica de Castilla y león. Repercusiones de la discapacidad – Dependencia en la familia [en línea] <<http://www.cocemfecyl.es/>> [Consulta: marzo, 2010]
- Blanca Núñez. La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares [en línea] <[www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/133.pdf](http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2003/133.pdf)> [Consulta: marzo, 2010]
- Lourdes Sánchez Bernal. Discapacidad, familia y escuela. 2009. Articulo revista digital (pdf) [en línea] <[www.csicsif.es/andalucia/modules/mod\\_ense/revista/pdf/Numero\\_23/LOURDES\\_SANCHEZ\\_BERNAL\\_1.pdf](http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_23/LOURDES_SANCHEZ_BERNAL_1.pdf)> [Consulta: marzo, 2010].
- Isabel Larrañaga b., Unai Martínb,c,d., Amaia Bacigaluped,e., José María Begiristáina, María José Valderramaf, Begoña Arregib. “Impacto del cuidado informal en la salud y

la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género” [en línea] <<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v22n5/original7.pdf>> [Consulta: mayo, 2010].

- Artículo: Intervención con los familiares a diferentes niveles. Cocemfe castilla y león [en línea] <<http://www.cocemfecyl.es/>> [Consulta: marzo, 2010].
- Renato Zambrano Cruz - Patricia Ceballos Cardona. Síndrome de carga del cuidador. 2007. [en línea] <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80609905.pdf>> [Consulta: mayo, 2010].
- Arrate Azkoaga Echeverría. GESTION DEL ESTRÉS. RELAJACION. AUTOESTIMA [EN LINEA] <<http://andarrat.free.fr/cap15a.htm>> [Consulta: mayo, 2010].
- « La pobreza desde la mirada de la resiliencia [en línea] <<http://www.pastorafamiliar.org.ar/ninez/prensa/notas/n43.htm>> [Consulta: enero, 2010].
- Artículo “La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres” [en línea] <<http://tone.udea.edu.co/revista/ojs/index.php/iee/article/viewFile/99/186>> [Consulta: Mayo, 2010].
- Kotliarenco, M.A.; Cáceres, I. y Alvarez, C; eds. Resiliencia: construyendo en adversidad. Santiago, Chile, .CEANIM, 1996. 119 p. Seminario "Pobreza, Desarrollo Humano e Intervención Social: la Resiliencia como una Posibilidad" organizado por CEANIM. [en línea] <[www.resiliencia.cl/investig/index.htm](http://www.resiliencia.cl/investig/index.htm)> <[www.Resiliencia.cl](http://www.Resiliencia.cl)> [Consulta: Mayo, 2010].
- Ofelia Tobón Correa. Artículo: El AUTOCUIDADO UNA HABILIDAD PARA VIVIR [en línea] <[http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_5.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf)> [Consulta: Mayo, 2010]
- Tulia María Uribe J. Artículo: El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. 1999. [en línea] < <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>> [Consulta: mayo, 2010]
- ACAT. Asociación chilena de Arte terapia [en línea] <[www.arteterapiachile.cl](http://www.arteterapiachile.cl)> [Consulta: junio, 2010]

## ANEXOS

### Setting



### 1ª Sesión: “Los recuerdos”



### 2ª Sesión: “momentos felices”



**3ª Sesión: El contenedor**



**4ª Sesión / 5ª Sesión / 6ª Sesión: Auto-caja**



**7 Sesión: “Jugando”**



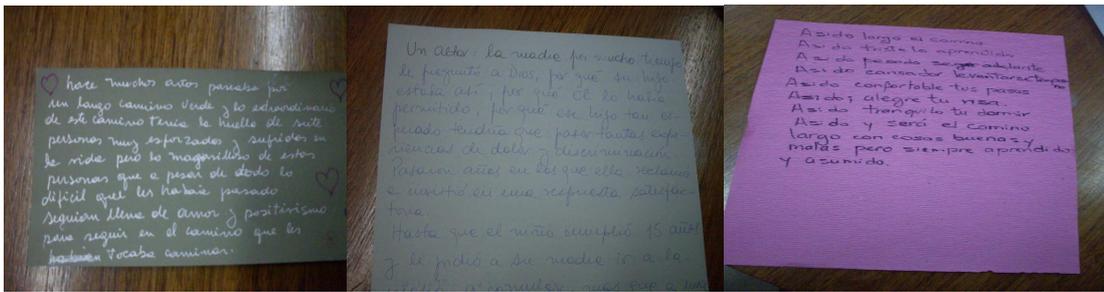
**8ª Sesión: “La identidad como grupo”**



**9ª Sesión: “Mural grupal”**



### 10ª Sesión: “La historia de nuestro mural”



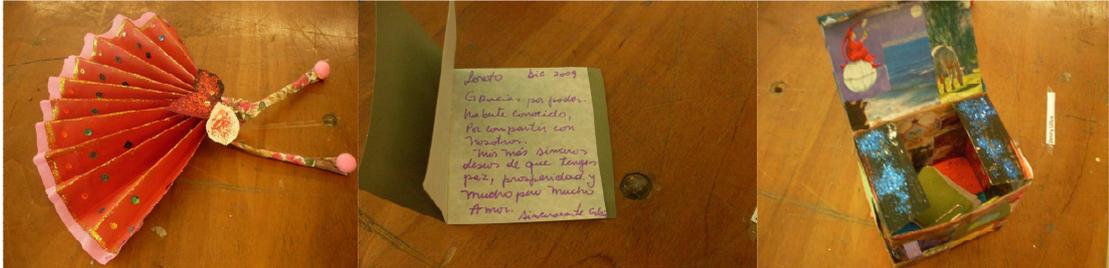
### 11ª Sesión: “Mi máscara”



### 12ª Sesión: “La historia de las máscaras”



**13ª Sesión: “Regalos de navidad”**



**14ª Sesión: “Pintando con las manos”**



**15ª Sesión: “El reencuentro con el proceso”**



**16ª Sesión: “El contenedor de nuestra experiencia en Arte Terapia”**

