



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POSTGRADO**



ARTETERAPIA Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA
El grupo, no grupo

**Monografía para optar a la Especialización en Terapia de Arte,
Mención ArteTerapia**

Autor:
CARLA DANIELA BARRA QUEZADA

Profesora Guía:
Daniela Glogler

Titulo Previo:
Profesora de Educación Diferencial, Mención Deficiencia Mental
Profesora de Educación General Básica

Grado Académico:
Licenciada en Educación
Universidad de Concepción, 2008

Santiago, Chile
Abril, 2010



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POSTGRADO

ARTETERAPIA Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA
El grupo, no grupo

Monografía para optar a la Especialización en Terapia de Arte,
Mención ArteTerapia

Autor:

CARLA DANIELA BARRA QUEZADA

Profesora Guía:
Daniela Glogler

Título Previo:

Profesora de Educación Diferencial, Mención Deficiencia Mental
Profesora de Educación General Básica

Grado Académico:
Licenciada en Educación
Universidad de Concepción, 2008

Santiago, Chile
Abril, 2010

“ A mi querida familia y amigos cercanos
Por creer en mi viaje.....
por su compañía y apoyo desde la distancia”

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, por la confianza y amor entregado.

A mis amigas y amigos, por la preocupación, valoración y alegría.

Alejandro por tu paciencia, apoyo y amistad.

Daniela, Pamela, Grimaldina y Pedro por el profesionalismo.

Loreto, Raquel, Valeria, Cristian y Sofía por el gusto de conocerlos y compartir lindos momentos.

Al Centro de Rehabilitación Manantial, por acogerme en su casa y compartir a sus hijos.

Alejandra por tu arte, resiliencia, amistad y..... DiferenciArte

Maricarmen, Pia, Sandra, Marce y Kary ... por ser tolerantes a las locuras.

A todos quienes confiaron y creyeron en este viaje.... que empezó como un juego....

TABLA DE CONTENIDOS

	Página.
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
INTRODUCCION	7
CAPITULO I MARCO TEORICO.	
1. ARTETERAPIA.	
1.1 Antecedentes de ArteTerapia.	12
1.2 Definiciones de ArteTerapia	14
1.3 Tendencias de ArteTerapia	17
1.4 Elementos de ArteTerapia	18
1.4.1 Setting o Espacio Terapéutico.	19
1.4.2 Triangulo terapéutico.	22
1.4.3 Proceso Creativo.	25
1.4.4 Materiales	27
1.5 Etapas del proceso Arteterapéutico.	31
2. DISCAPACIDAD.	
2.1 Concepto de Discapacidad y reflexión sobre su evolución.	35
2.2 Diagnósticos Clínicos de Pacientes.	39
2.2.1 Microcefalia.	40
2.2.2 Síndrome de Noonan.	40
2.2.3 Retraso psicomotor.	41
2.2.4 Lisencefalia.	41
2.2.5 Síndrome de West.	42
2.2.6 Esclerosis Tuberosa.	42
2.2.7 Epilepsia Refractaria	43
2.2.8 Cromosomopatía	43
2.2.9 Autismo	43
3. ARTETERAPIA Y GRUPOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD	
3.1 Organización Grupal en ArteTerapia.	46
3.2 Participación del ArteTerapeuta.	49
3.3 Interacción del grupo de PcD a través del juego y los Materiales.	51

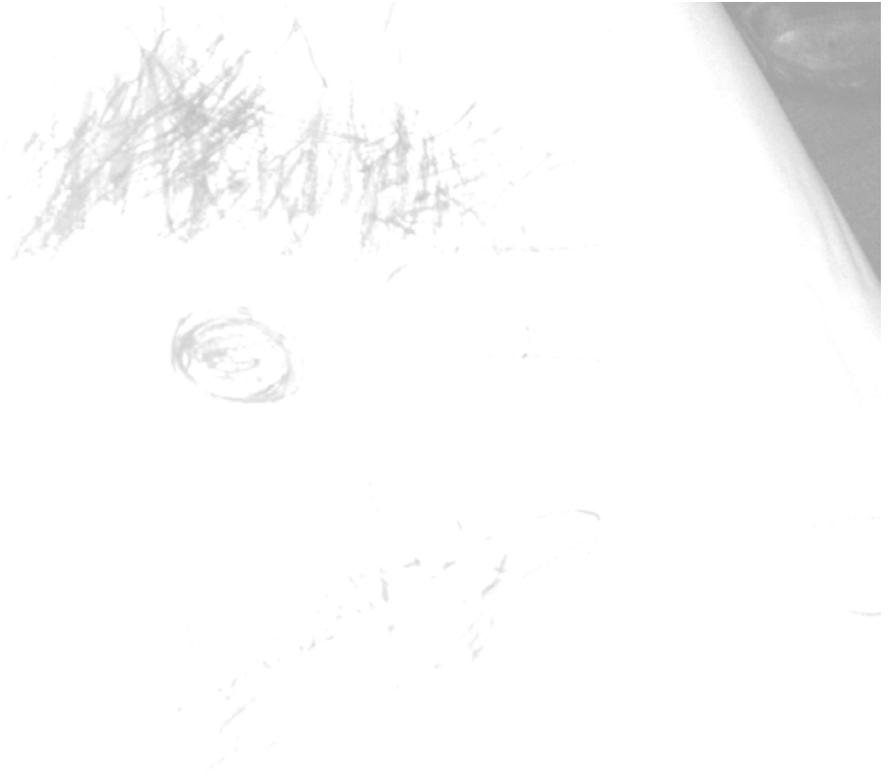
CAPITULO II ESTUDIO DE CASO.

1. CONTEXTUALIZACION DE LA PRÁCTICA.	
1.1 Descripción del Lugar de práctica.	56
1.2 Inicio de la experiencia.	58
2. DESCRIPCION DE LA PRÁCTICA.	
2.1 Objetivos y Derivación.	60
2.2. Antecedentes de los Participantes.	61
2.3 Tendencia de Intervención.	65
2.4 Elementos de Arteterapia	66
2.4.1 setting o espacio terapéutico	66
2.4.2 Triangulo terapéutico.	67
2.4.3 Proceso Creativo.	69
2.4.4 Materiales	75
2.4.5 Etapas.	81
3. ANALISIS DEL PROCESO ARTETERAPEUTICO.	
3.1. Validación de la Definición de ArteTerapia.	84
3.2. Análisis de Proceso creativo y obra creada.	87
3.3. Presencia de Elementos de ArteTerapia en la intervención realizada.	93
4. CONCLUSION.	96

BIBLIOGRAFIA	99
---------------------	----

ANEXOS.

1. Imágenes de descripción de proceso creativo.
2. Imágenes de descripción de uso de materiales.
3. Imágenes de análisis de obra creada.



INTRODUCCION

INTRODUCCION

La expresión artística considerada como una forma comunicativa inherente a todo ser humano, toma mayor sentido y realce cuando se hace referencia a grupo de personas que presentan dificultades en su capacidad de comunicación. El estudio de caso que se presenta en esta monografía, relata la experiencia de práctica del postítulo de especialización en terapias de arte, mención ArteTerapia que se realiza con un grupo de siete Personas con Discapacidad (PcD) severa en el Centro de Rehabilitación Manantial, ubicado en la comuna de Providencia, Santiago de Chile.

La elección de desarrollar la experiencia práctica alineada en relación a la discapacidad como condición humana, parte de la base de querer complementar los conocimientos y vivencias personales pertenecientes a la formación de pregrado como educadora diferencial especialista en discapacidad intelectual. Por tanto surge el alto interés de querer seguir trabajando con el mismo grupo de personas con el cual realizo intervención educativa, pero esta vez mirar a los pacientes desde la perspectiva de ArteTerapia.

El período durante el cual se vivenció esta experiencia contempla desde septiembre del año 2009 hasta enero del año 2010, desarrollado a través de dieciséis sesiones en formato de coterapia (dos terapeutas a cargo de la intervención) todos los días martes desde las 14.30 horas hasta las 16.30 aproximadamente. Como espacio físico se utilizó la misma sala en donde los pacientes trabajan a cotidiano.

Para comenzar a desarrollar este estudio de caso es importante aclarar criterios en cuanto a la forma de escribir "Arteterapia", en vista que aún no existe forma oficial a nivel nacional ni tampoco internacional de cómo escribir dicho concepto. Para efectos de esta monografía la palabra ArteTerapia se escribirá abreviada con dos letras mayúsculas (AT) durante toda la redacción de este estudio de caso.

La organización respecto a cómo se estructura la presentación de temas a lo largo de esta redacción, se encuentra dividida en dos capítulos principales que conforman el cuerpo de la obra, donde el primero hace alusión a la revisión bibliografía y construcción del marco teórico y el segundo a la presentación, descripción y análisis del estudio de caso.

A su vez, el marco teórico se encuentra subdivididos en tres subcapítulos principales que son:

- a) “ArteTerapia”, donde se presentan varios temas asociados a la historia, definición, tendencias y elementos propios de esta disciplina, que por lo demás es bastante joven en Chile.
- b) “Discapacidad”, en este apartado se muestra una revisión a la definición y cómo ha evolucionado dicho concepto en función de los cambios sociales contemporáneos, complementándose además con una breve caracterización de los diagnósticos clínicos que presentan los pacientes de esta práctica de AT.
- c) “Terapia de Grupo”, subcapítulo en el cual se tocan tres relacionados con la forma de organización grupal en AT, la participación del ArteTerapeuta en el proceso y la relevancia del juego y los materiales artísticos en la intervención de AT hacia PcD severa.

Por otro lado, respecto al segundo capítulo se destaca que también se encuentra dividido en tres subcapítulos principales que son:

- a) “Contextualización de la Práctica”, donde se exponen las características más relevantes del contexto de práctica, y los objetivos de trabajo planeados para la intervención.

- b) “Descripción de la Práctica”, apartado en el cual se caracteriza la experiencia de práctica desde el punto de vista de los elementos propios de la disciplina de AT.
- c) “Análisis del Proceso ArteTerapeutico”, sección del capítulo donde la principal intención es realizar la conjugación de los aspectos teóricos planteados en el primer capítulo con la experiencia práctica descrita.

Finalmente se desencadenan las conclusiones, cuyo fin es valorar el nivel de logro de los objetivos planteados, tanto a nivel general como específico, y desde ahí entregar los últimos aportes que se consideran pertinentes comentar.

A nivel de anexo se presenta todo el material visual registrado a los largo de las sesiones y siendo complemento de los apartados relacionados con el uso de materiales y descripción y análisis del procesos creativo desencadenado en cada una de las PcD partícipes de la intervención.

Se espera que la redacción utilizada en esta monografía logre despertar en el lector la creación de imágenes visuales que les permita recrear de la forma más fidedigna posible la gran experiencia vivida en esta Práctica de especialización.



CAPITULO I : MARCO TEORICO

1. ARTETERAPIA.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 ANTECEDENTES DE ARTETERAPIA.

“La terapia añade al arte el proyecto
De autotransformación, pero el arte añade
A la terapia la ambición de representar una
Versión de los grandes interrogantes
De la humanidad”.

(Klein, 2006).

Tomando en cuenta las palabras de Marian López Fernández, doctora en bellas artes y coordinadora del Master en ArteTerapia (AT) en la Universidad Complutense de Madrid- España, quien comenta que “el arte es un rasgo propio de todas las sociedades. La actividad artística es casi tan antigua como el ser humano y ha simbolizado los aspectos personales y culturales del desarrollo”, se puede concluir la idea que el arte siempre ha estado presente en el desarrollo de la humanidad, independiente del período evolutivo en que el hombre y las sociedades se encuentren, actuando como un elemento de carácter transversal al desarrollo humano y social.

Los orígenes del arte como terapia pueden entenderse mejor si se consideran dentro del contexto más general de las artes ,donde encontramos una serie de factores que dan nacimiento a esta disciplina; A modo general se puede mencionar la relevancia que tuvieron acontecimientos como:

- Poner el arte al servicio de la cura como modo de catarsis, desde períodos de la antigüedad.
- El interés de los psiquiatras por la producción artística de “los locos” y su valor psicopatológico.
- El interés de los artistas por la producción artística de estos mismos “locos”, por su gran valor artístico.

- La utilización pragmática “ateórica” de los pioneros de AT
- El dominio casi hegemónico del psicoanálisis acerca del pensamiento sobre el arte y la práctica artística en un medio terapéutico.
- Una tentativa de desbloqueo a otros modos de pensar la cura y de enfocar, por tanto se comienza a valorar el arte como práctica terapéutica.

Con estos antecedentes y de forma progresiva se comienza a dar un nuevo valor a la práctica de las artes que tiene relación con el aspecto “*terapéutico*” que se puede rescatar de su práctica y la contribución que nace desde esta disciplina hacia el área de la salud mental.

Revisando un poco la historia de arte, se puede recopilar como dato que ya en los tiempos del antiguo Egipto se utilizaban elementos de arte para reinsertar en la sociedad a ladrones, carceleros y otros delincuentes. En el siglo XX y frente a los grandes daños producidos por la segunda guerra mundial comienza a sonar el nombre de Adrian Hill, hombre convaleciente producto de la guerra que comienza a realizar sus propias creaciones artísticas en función de liberarse de la nostalgia, angustia y malos recuerdos que habían quedado grabados en su memoria; ya en el año 1946 pasa a convertirse en el primer “terapeuta de arte” remunerado de un hospital y cuyo foco de atención fueron los enfermos de guerra igual que él. Respecto a la validación más oficial de esta profesión, es Gran Bretaña quien comienza con el reconocimiento oficial de esta disciplina a nivel de los ministerios de salud, educación y trabajo. Con el paso del tiempo ha crecido considerablemente la difusión que AT ha tenido a nivel mundial, creándose organizaciones en los diferentes países, destinadas a la práctica, difusión e investigación de AT, así como también las universidades están impartiendo dentro de sus ofertas laborales la carrera de AT.

1.2 DEFINICIONES DE ARTE TERAPIA.

En la medida que se han creado organizaciones destinadas al trabajo y fomento de AT, también se han ido creando definiciones que conceptualizan AT, cada una con elementos pertinentes a la organización y país que realiza la génesis del concepto. Es por esto que en esta monografía se presentan tres conceptualizaciones provenientes de las organizaciones de mayor relevancia a nivel mundial y por último la que propone la Asociación Chilena de Arteterapia (ACAT). La idea de presentar más de una definición tiene relación con querer validar y complementar los aspectos comunes y similares que cada conceptualización aporta y también identificar las pequeñas diferencias que caracterizan cada una de ellas.

Es así como se puede entender en primer lugar que la American Art Therapy Association (AATA), la define como:

“una profesión que utiliza el arte, las imágenes, el proceso creativo y las respuestas del paciente/cliente ante sus creaciones como reflejos del desarrollo, habilidades, personalidad, intereses, preocupaciones y conflictos del individuo”¹

En segundo lugar se presenta la definición de la Asociación Británica de Arte Terapeutas, donde AT se conceptualiza como:

“una forma de psicoterapia que usa el medio artístico como su forma primaria de comunicación. Los clientes que son derivados a AT no necesitan experiencia previa o formación en arte, el arte terapeuta no está obligado a hacer diagnóstico o asesoría estética de la imagen del paciente. En definitiva se busca capacitar al cliente a efectuar cambios y crecimientos en un nivel personal a través del uso de materiales artísticos en un entorno protegido y facilitador”².

Por otro lado, la Asociación Profesional de Arte Terapeutas de España conceptualiza a Arte Terapia como

“una profesión de ámbito asistencial que se caracteriza por el uso de medios y procesos artísticos para ayudar a contener y solventar los conflictos emocionales o

¹ AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION. [en línea] www.arttherapy.org/about.html [desde 09 de enero de 2010]

² BRITISH ASSOCIATION OF ART THERAPISTS. [en línea] www.baart.org/art_therapy.html [desde 09 de enero de 2010]

psicológicos de las personas. En AT el proceso de creación artístico y los objetos resultantes actúan como intermediarios en la relación terapéutica, permitiendo que determinados sentimientos o emociones conflictivas encuentren vías de expresión complementarias o alternativas a la palabra. Los campos de aplicación del arteterapia se extienden a la salud, la educación y la asistencia social³”.

Y finalmente en nuestro país la Asociación Chilena de AT (ACAT) creada en el año 2006 por estudiantes y docentes del programa de especialización de la Universidad de Chile, define a AT como:

“una especialización profesional que utiliza la expresión plástica como medio de comunicación, para explorar y elaborar el mundo interno de los pacientes en el proceso psicoterapéutico, con fines educativos y de desarrollo personal⁴”.

Es importante destacar que en nuestro país AT es una disciplina bastante joven que desde el año 2001 se imparte como programa de postítulo, quedando la coordinación a cargo de Mimi Marinovic, quien “sin haber estudiado la carrera fue reconocida profesionalmente por la ATTA y por la Societe Internacionale de Psychopathologie de L’expression et D’art-Therapie⁵”

De las cuatro definiciones presentadas se hará un análisis general en función de las similitudes y diferencias identificadas, para posteriormente escoger cuál sería la definición más pertinente que se pueda relacionar con la temática de AT y personas con discapacidad severa y en caso que quedaran elementos considerados relevantes fuera, se contemplarán como complemento a la definición asumida.

Similitudes	Diferencias.
- Todas las definiciones presentadas hablan de utilizar el arte como “medio” expresivo.	- La asociación americana, británica y española de AT ven a esta disciplina como una profesión, en cambio en nuestro país se define como una

³ Asociación Profesional de Arte Terapeutas de España. [en línea] <http://www.arteterapia.org.es/>

⁴ Asociación chilena de Arte Terapia ACAT. [en línea] <http://arteterapia-chile.blogspot.com/>

⁵ SERRANO,P. (2008) “Desarrollo del Arteterapia en Chile”. Artículo encontrado en la revista papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social vol.3/2008.

<p>- las cuatro definiciones plantean que las obras creadas actúan como intermediario en la relación terapéutica y validan el Proceso Creativo como eje importante dentro de esta disciplina.</p> <p>- y a modo de síntesis se obtiene que de una u otra forma todas convergen en que el fin de esta disciplina es contener y solventar procesos personales por los que el cliente está pasando.</p> <p>- Respecto a los campos de aplicación, todas las definiciones concuerdan en que AT se extiende a la salud, la educación y la asistencia social.</p>	<p>especialización profesional.</p> <p>- La definición de la asociación Británica, pasa a ser la única que explicita que los pacientes derivados a AT no necesitan experiencia previa o formación en arte.</p> <p>- La definición de la asociación Española valida la forma artística como una vía de expresión alternativa a la palabra.</p>
---	---

Desde una mirada personal y en vista del análisis conceptual anteriormente mostrado, se asume que la visión que más refleja un real sentido de AT en el trabajo con Personas con Discapacidad (PcD) es la planteada por la asociación *española* por una sutil pero muy relevante diferencia en comparación con el resto de las conceptualizaciones y que tiene relación con explicitar literalmente “el valor comunicativo de la expresión artística, como forma alternativa a la palabra”.

Dentro de las definiciones revisadas hay un elemento identificado de forma explícita en la conceptualización proveniente desde la asociación Británica y que tiene que ver con que “no es necesario que el paciente tenga experiencia previa o formación en arte” para poder ser partícipe de la experiencia de AT; por lo tanto a la elección de asumir como pertinente para esta monografía la definición de AT entregada por la Asociación Española se le suma el elemento complementario proveniente de la definición de la Asociación Británica.

1.3 TENDENCIAS EN ARTE TERAPIA.

Una vez comprendida, analizada y justificada la conceptualización de AT que se considera más adecuada para este estudio de caso, se hace pertinente conocer por un lado las “tendencias de AT” y por otro las principales “formas de intervención” que incluye esta disciplina. Es así como a nivel de tendencias se pueden mencionar dos líneas de acción donde la primera es de corte psicoterapéutico y la segunda mira netamente al arte como terapia.

La clínica psicoterapéutica considera la actividad plástica como secundaria. El efecto terapéutico deriva exclusivamente de los intercambios verbales alrededor del contenido de la obra. La expresión plástica se utiliza como un medio de acceder a la comunicación verbal o como la única manera de establecer la comunicación. Este punto de vista utilizado principalmente por terapeutas formados en ámbitos teóricos y no creativos, desperdician el alto valor que el proceso creador ofrece. Esta tendencia utiliza las imágenes como excusa de verbalización, lo que en ocasiones puede ser una pérdida para el arte terapeuta, cuyo interés no se enfatiza en detenerse a oír el trabajo del inconciente mas allá de lo verbal; así, la obra creada por el paciente solo se ve como motivación para la terapia clínica a través de la palabra, perdiéndose posibilidades de intervención terapéutica de gran valor.

Por otro lado está presente como tendencia, la visión más cercana al “arte como terapia” en donde se privilegia la “organización del trabajo y el marco que favorece la estructuración consciente de la representación”, centrándose en las “posibilidades del proceso creador” como tal en su capacidad de sublimación y de organización metafórica principalmente. En este sentido la sesión de AT toma un valor que tiene como aspectos relevantes el hecho de “detenerse y reflexionar en momentos del proceso, en aspectos formales ligados a símbolos personales, y aquellos

elementos que, partiendo del proceso creador, pueden ser integrados para la sesión de forma conciente.⁶

Al contextualizar ambas tendencias dentro de la realidad de la práctica realizada, se puede obtener que la primera postura es excluida de este marco por la sencilla razón que su principal intención es lograr la “verbalización” por parte de paciente y en el caso de este grupo pasa una situación donde la mayoría de los integrantes no presentan un lenguaje desarrollado a consecuencia de lo complejo en su condición de discapacidad y donde su forma comunicativa no es verbal. Sin duda, que la segunda mirada descrita de “el arte como terapia” es totalmente pertinente al grupo de trabajo, por la gran posibilidad que brinda al centrarse en el proceso creativo, independiente de que el individuo presente o no la condición de discapacidad, tenga o no un lenguaje desarrollado. Desde esta visión se rescatan los simbolismos personales que nacen desde el trabajo y utilización de los diversos materiales artísticos, dando pie a conocer al paciente desde su obra personal y no desde su limitación en el no poder hablar.

1.4 ELEMENTOS DE ARTE TERAPIA.

AT como disciplina independiente , pero que a la vez recibe aportes del mundo de las artes y la psicología, se caracteriza por tener en su campo de acción tanto teórico como práctico, una serie de elementos y características que le dan cuerpo y vida a esta forma de terapia a través de las artes. Es así como en este contexto se le atribuye gran valor a elementos propios de AT como son el setting o espacio terapéutico, la relación triangular que existe entre el paciente, arteterapeuta y la obra; la utilización de diversos materiales como medios artísticos que permiten la expresión, el desencadenamiento de procesos creativos por parte de los pacientes y la atención a los diversos niveles comunicativos tanto verbales como no verbales que pueden estar presente dentro de una sesión. A continuación se mencionan las principales características de cada uno de los elementos mencionados.

⁶ DALLEY, T. El arte como Terapia. 2º ed. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984.

1.4.1 SETTING O ESPACIO TERAPEUTICO.

No hay escenarios de arte terapia estandarizados. Cada uno corresponde a un lugar determinado, un marco siempre diferente, cada variable se presenta irreductible a homogenización, como la individualidad, entorno y características de cada humano.

(López, 2006).

El espacio de AT es algo más que un espacio físico. Se constituye como espacio simbólico antes mencionado, donde todo lo que ocurre es tomado como elemento susceptible de reflexión y por supuesto de análisis. Como señalan las Arte Teraputas Dalley y Case, al entrar en ese espacio se debe entrar en un terreno que aporta seguridad. En ese espacio se activa un potencial en el cual se podrán estudiar las preocupaciones, miedos, a través del arte y en la relación con el arte terapeuta.

“Todo lo que ocurre está fuera de la existencia cotidiana y es observado más que actuado. Eso es crucial porque sin esa separación de la vida, hay una inclinación a comportarse y responder espontáneamente tal y como hacemos en nuestras relaciones sociales. Aquí el marco proporciona una escena donde el terapeuta puede mantener una cierta objetividad, una distancia terapéutica. Eso permite al cliente marcar un espacio para hacer una regresión y funcionar como observador de su propio comportamiento.” (Shaverien, 1989).

Al reflexionar sobre las palabras de Joy Shaverien, no es difícil concluir la relevancia que tiene tanto para el paciente como para el ArteTerapeuta el hecho de que el espacio mantenga como constante una estructura en cuanto al orden y forma, esto permitirá al paciente ir progresivamente incorporando a sus estructuras este nuevo y seguro espacio y además da pie a su validación como un lugar en donde suceden cosas que no se dan en la existencia cotidiana. El espacio de AT es un espacio en el cual se desarrolla una relación entre el terapeuta, el participante y su obra, y que toma una condición de “espacio Potencial” donde se puede desarrollar esta relación. Cada sujeto experimenta el espacio de un modo distinto, “el espacio no

es un mero espacio práctico que contiene al participante, el terapeuta y los materiales sino que se convierte en un espacio simbólico”.⁷

Toda terapia debe estar contenida dentro de ciertos límites o fronteras, en un marco que la defina como lugar de experiencia como distinto de la cotidianidad, donde el sujeto sabe que es un lugar especial y donde lo que ocurre tiene un significado especial; tiene lugar en una hora particular cada semana y durante la misma relación cada vez. *“La persona participante que puede haber sufrido gran falta de constancia en sus relaciones encuentra que este espacio tiene regularidad en la semana, en “su” sesión, el terapeuta es una persona constante para el cliente en ese espacio”*.⁸ Sin duda que esta idea de encuadre logra tomar más fuerza cuando se presenta como escenario para desarrollar un trabajo con PcD, quienes muchas veces por su condición ya presentan ciertos niveles de desestructura. El hecho que el espacio donde participan tenga una organización, puede permitir o no el traspaso de dicha organización desde el plano externo al interno del individuo.

En el encuentro terapéutico, dentro del espacio de arte terapia se deben definir un conjunto de reglas o acuerdos donde las partes involucradas coincidan y estén conformes con los criterios. Esto involucra el tiempo de la sesión, dónde se hará y cuánto tiempo se cumplirá este acuerdo. Estas condiciones establecen el marco donde el trabajo terapéutico ocurre. El marco actúa como un contenedor de los participantes, el arte terapeuta puede tener un marco externo de la sesión, dado por las características más generales de los participantes (ejemplo: criterio en común que los une, nivel socioeconómico al que pertenecen, edad, otros.) y el marco interno dado por las particulares que cada participante aporta al grupo y la dinámica que toma el grupo dentro d un contexto de AT.

⁷ LOPEZ FERNANDEZ CAO MARIAN, MARTÍNEZ DIEZ NOEMÍ, “Arte Terapia, Conocimiento interior a través de la expresión artística”, Ediciones Tutor S.A., Madrid, 2006.

⁸ IDEM 7

En el trabajo directo con PcD, y dependiendo del nivel de compromiso que presenten los participantes se pueden dar pequeñas variantes en la ejecución del establecimiento de límites u acuerdos comunes entre el grupo y los Arte Terapeutas. Es así como en este caso particular, los pacientes no fueron partícipes de la creación de reglas, incluso puedo afirmar que al recalcar el día y hora en que sería realizado el taller no existía una verdadera noción de tiempo que los organizara, pero lo relevante de destacar es que, el hecho de mantener una estructura para el desarrollo de la sesión que incluyera un espacio de libre elección del quehacer en el caso de los pacientes que sí podían hacerlo y con mediación en el caso de los que no, permitió una “familiarización” del contexto de la terapia, los materiales y los Arte Terapeutas; esta situación se considera muy relevante dentro del análisis del proceso, ya que está empapada del ritmo y dinámica particular de interacción que caracteriza a este grupo de PcD severa. A modo de síntesis se destaca que es la sistematicidad en la realización de las sesiones y el logro de una conexión individual con cada uno de los integrantes del grupo, lo que da paso a que se vayan viendo progresos en el “familiarizarse” con el contexto de la terapia.

1.4.2 TRIANGULO TERAPEUTICO: TERAPEUTA, PACIENTE, OBRA.

“AT involucra el trabajo hacia la comprensión, el proceso de comunicación entre el terapeuta, paciente e imagen. Cualquier cosa que suceda aquí, se produce desde una separación de la existencia de todos los días”

(Schaverien, 1989).

El espacio de AT es “un espacio triangular” en el que interviene el paciente, el Arte Terapeuta y el objeto artístico como objeto transicional. Siguiendo el pensamiento de Winnicot es un espacio de juego, de creación, de tránsito intermedio entre el mundo interno y la realidad exterior. Las imágenes creadas cumplen un papel decisivo siendo objeto de elaboración y de simbolización “Las imágenes no son reproducciones fieles sino representaciones de las sensaciones”⁹

Esta interacción entre paciente, obra y ArteTerapeuta puede considerarse como una “triangulación del espacio potencial”. Vale decir que el arte terapeuta y el cliente actúan plásticamente respondiendo a sus necesidades yoicas o experienciales quedando reflejados en el espejo de la obra, ante él o la Arte Terapeuta cuya “mirada”, que puede ser de múltiples maneras (acompañada de lenguaje verbal o no verbal, actitud directiva o no, intervencionista o no). Esta “complicidad”, implícita o explícita, enmarca la particular relación, “contrato” o “alianza” terapéutica que se traduce en los procesos de transferencia y contratransferencia. Para Dalley¹⁰ estos dos conceptos se dan en el espacio terapéutico y se puede entender por un lado que la transferencia pasa a ser un fenómeno que *“ocurre cuando el paciente transfiere fuertemente, sentimientos originarios de experiencias de la infancia o de relaciones tempranas sobre el terapeuta”*, o visto de otra forma puede ser que una serie de experiencias psicológicas son revividas, no como pertenecientes al pasado, pero si aplicadas al terapeuta en el momento presente; y por otro lado se entiende como

⁹ Menendez, C.(2008) revista papeles de arte terapia para la inclusión social. Vol 3.

¹⁰ DALLEY, T. El arte como Terapia. 2º ed. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984.

“contratransferencia: la respuesta del terapeuta desde sus propios sentimientos hacia el paciente y la imagen en una situación terapéutica” .

En el caso de este grupo de PcD es de alta complejidad proponer el tema de la transferencia y contratransferencia , ya que se dan una serie de variantes de diverso orden que convergen en esta relación y la conciencia que se tiene de ellas, sólo se puede esperar que sea identificada, trabajada y reflexionada por parte del terapeuta, ya que por el lado de los pacientes es evidente la limitación tanto cognitiva como de otras áreas del desarrollo que presentan, y el tomar plena conciencia de sus actos o hacer un ejercicio a nivel metacognitivo de sus decisiones es sin duda, un hecho muy poco probable que se pueda dar.

El sentido que se le atribuye a la forma de trabajo, actuar y dinámica del otro o los otros en el escenario de AT, constantemente tienden a ser hipotetizados e interpretados, en función de las reacciones de los mismos actores desde su expresión corporal, y verbal en caso que la puedan comunicar. De esta manera obtenemos que una recepción positiva de la experiencia se demuestra con gestos de placer, alegría y permanencia en la actividad o por el contrario, en un extremo negativo se pueden manifestar con agresividad y descontrol. En la realidad de este estudio de caso el trabajo estuvo marcado por querer conocer las sensaciones provocadas por la exploración de materiales; aquí cabe destacar que al inicio del proceso la directora del centro menciona la importancia que esta etapa de exploración se realice de forma meticulosa y progresiva, ya que los pacientes pueden tener reacciones inesperadas en caso que un material no les parezca placentero; en síntesis debíamos cuidar o evitar que se provocaran “descompensaciones” dentro de los integrantes del grupo. Satisfactoriamente puedo afirmar que desde el desconocimiento inicial que los pacientes tenían de los coterapeutas, y viceversa sobre de sus características como individuos partícipes de un grupo particular, se desencadenó un proceso que fue marcado por evidenciar situaciones placenteras en la exploración de materiales, no presenciando ninguna de las complejas descompensaciones, descritas por las mismas asistentes que había sucedido en otras situaciones a causa de que una actividad no fuera placentera.

Al hacer referencia a la obra podemos caracterizarla como “un objeto que se convierte en un puente que conecta realidades distintas” ¹¹ y al basarse en las premisas que plantea Dalley (1984) se puede entender que la creación del objeto de arte, se caracteriza por:

- No ser el resultado de la aplicación correcta de una técnica. En este caso, ninguno de los pacientes tenía conocimiento de alguna técnica de arte.
- Es una expresión única e irrepetible de una intención. Ninguna obra fue igual a otra a pesar que los pacientes tienen una realidad y una condición bastante similar.
- Es una re-presentación de la realidad: emocional, social, física del individuo en ese momento. En este caso sus obras y la forma de exploración de materiales, es reflejo de sus propias características como individuos que presentan la condición de discapacidad, pero que a pesar de esa situación cada uno de los pacientes tiene su forma particular de representación.
- Remite a una intención (comunicadora, expresiva) definida, pero trae consigo elementos no previstos o previos, capaces de hacerse presentes a posteriori. Y ese posteriori toma aun más sentido, en la medida que se va conociendo al individuo, su aporte que hace al grupo y la dinámica general de interacción que el grupo presenta.

Recordando que la obra es una forma de vinculación con la realidad, constituye un lenguaje o una forma de comunicación, y por ello su importancia radica también en que da cuenta de la relación entre sujeto y mundo. El objeto artístico se presenta ante el mundo como marca indeleble de naturaleza autónoma, capaz de convocar los afectos de aquel que la perciba en toda su extensión, pero también es rastro o huella de quien la hubo creado, lleva inscrita una parte de su vida, de sus deseos de ser, de sus expectativas; es y fue, en definitiva, una huella biográfica fundamental. En las obras creadas durante este proceso de grupo se valida totalmente la idea de que es

¹¹ DALLEY, T. El arte como Terapia. 2° ed. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984.

una huella del ser que la construye dando indicios de su propia biografía y en el caso de las PcD con un alto nivel de compromiso, refleja que toda creación es propia al ritmo y características del individuo, dejando en parte de manifiesto su forma de simbolizar el entorno.

1.4.3 PROCESO CREATIVO.

*“La acción lúdica concibe la existencia como
Una expresión artística,
Como obra de arte que no deja de crearse y
Destruirse a si misma, constantemente”.*
(López, 2006).

Para D. Winnicott, el proceso creador tiene su origen en un área de experiencia que media entre las realidades externas e internas del individuo. El juego es definido como “espacio transicional”, imbuido de formaciones simbólicas, que aliviarán la tensión del niño en la relación de la realidad exterior e interior a él. Del mismo modo, los objetos transicionales – aquellos objetos infantiles que niños y niñas toman apego, (un peluche, un trapo, etc.)- son definidos por Winnicott, como “la evidencia de la capacidad de la niña o niño para crear, pensar, inventar, originar y producir un objeto” (Winnicott, 1988). En el juego no se está dentro ni fuera, sólo actuando se puede tener control sobre el mismo. En el juego somos libres de ser creativos, por ello se usa toda la personalidad y a través de él descubrimos nuestro yo. Así la ficción del juego simbólico acoge necesidades y deseos del niño y permiten que se satisfagan en el plano imaginario, lo que contribuye a su evolución y maduración; supone una forma activa de controlar la realidad, una nueva manera de relacionarse con las cosas, las personas y las situaciones, sin el elemento de riesgo que implicaría hacerlo realmente. Para Vygotsky “el juego crea una zona de desarrollo próximo en donde el niño está siempre por encima de su conducta diaria, a igual que en el foco de un lente de

aumento, el juego contiene todas las tendencias evolutivas de forma condensada, siendo en sí mismo una considerable fuente de desarrollo”¹²

En el contexto de AT el juego ofrece un campo amplio para el desarrollo de las habilidades y conocimientos, permite explorar materiales, descubrir sus cualidades, indagar en sus emociones otorgándole un papel a la imaginación, estableciendo un puente entre la realidad y la imaginación. En este sentido la “creación Artística” es al mismo tiempo la expresión del juego en un estado que continuamente está en “proceso de transformación.” Todo proceso creativo – esencialmente en AT está basado en las nociones de juego, y también de deseo, de placer. Trabaja en un espacio y en un tiempo simbólico, donde la realidad, espacio y tiempo se suspenden mientras dura la sesión de AT. En la ejecución de las sesiones de AT para PcD, sin duda alguna que el elemento que actuó en un inicio como puente comunicativo fue el juego. Un juego no reglado y casi instintivo que permitió ir conociendo las características más relevantes de cada uno de los participantes de ese grupo que como característica particular “no jugaban entre ellos”.

Al indagar en la creación de imágenes durante el proceso creativo desencadenado en una sesión de AT, se puede afirmar que no son objetos para el juicio estético, no se ajustan a lo bueno o lo malo, lo mejor o lo peor, ni siquiera a una valoración comparativa del tipo *es mejor que*. Son sencillamente “presencias” que se validan a sí mismas desde la certeza que consiste en que existen: la obra está ahí, como está el ser humano frente a ella. Contiene en sí misma la posibilidad de percibir aspectos y capacidades personales no puestas antes en juego, la posibilidad de re-colocarse ante sí mismo y reconocerse. Todas estas “presencias” son derivadas del acto de crear, de cambiar, de posibilitar una acción.

Dentro de la experiencia de AT vivida en centro de rehabilitación y en relación a este tema se afirma que antes de comenzar el período de práctica, siempre se alimentó una expectativa y hasta ansiedad por conocer las creaciones que realizarían los participantes, imaginadas principalmente desde la forma, el tamaño, el volumen, el

¹² Vygostky.L imaginación y creación en la edad infantil. Populibros.

color etc. Una vez enfrentados al grupo real, vivenciando las dificultades y la falta de independencia no sólo en el ámbito de la creación, sino que en la mayoría de los aspectos funcionales de la vida, nuestras expectativas sobre sus creaciones pasan a tomar otro sentido, un vuelco que muchas veces salió a la luz durante las sesiones de supervisión y donde finalmente se entiende que al trabajar desde AT con este grupo de personas no se debe tener la expectativa reduccionista de querer apreciar la obra creada en concreto con materiales , sino que se debe entender desde un plano mayor que el propiciar un espacio de juego y expresión donde se fomente un vínculo terapéutico , también es parte de la obra creada.

1.4.4 LOS MATERIALES.

*“La razón de la elección de ciertos materiales
Y el camino por el cual son expresados los sentimientos
Son una parte esencial
De la comunicación en Arte Terapia”.*

(Dalley, 2006).

En AT, los materiales tienen fines profundos y pueden ser usados de distintas maneras indicando estados mentales, sentimientos, pensamientos e ideas. La habitación tiene que brindarle a cualquier tipo de paciente, seguridad y permitirle el uso de todos los materiales para posibilitar muchos medios de expresión. Es totalmente recomendable que los pacientes usaran siempre distintos materiales para explorar por un lado las características y propiedades de dicho medio artístico y por otro para hacer un trabajo de análisis personal respecto al poder identificar “qué me sucede”, con cada uno de los materiales. En este estudio de caso, identificar los materiales preferidos de cada paciente no fue tarea fácil, es más, hasta se puede decir que en todo el período de práctica faltaron materiales por ser explorados; pero desde los que se alcanzó a trabajar se logró identificar la “tempera” y la “greda” como uno de los materiales

favoritos del grupo, y esto se noto por el disfrute demostrado en el trabajo con los mismos.

En general la mayoría de los materiales son sencillos y fáciles de conseguir, de factura bastante escolar para permitir que el paciente se familiarice con ellos y no provocarle en primera instancia una ansiedad innecesaria.

Existen diversos tipos de Materiales o Medios Artísticos y diferentes maneras de utilizarlos, en este sentido es muy relevante que el Arte Terapeuta maneje las técnicas e identifique las diversas posibilidades que nos entrega cada uno de los medios con los cuales se trabaja en AT, para que en la práctica tenga la capacidad de responder adecuadamente a la necesidad de materiales de sus pacientes, sobre todo si estos son Personas con Discapacidad (PcD) que puedan presentar dificultades en la manipulación; aquí se presenta una breve descripción con las características más importantes de los principales grupos de trabajo.

- **Soportes:** papeles de diferentes tipos, tamaños y texturas, revistas, diarios, madera, cartones, materiales de desecho, etc.

- **Gráficos:** lápices de colores, scriptos, pasteles acerados, lápices de cera, carboncillo, plumones, grafito, pasteles secos, tiza, lápices acuarelables, pasteles acuarelables, etc.

Respecto a los materiales de carácter gráfico se puede afirmar que: *“Los productos obtenidos a nivel de técnicas de expresión gráfica dependen básicamente del material, instrumento y manera de utilizarlo”* (Dolleri). En el proceso de terapia, para comprender la relación que se da entre el paciente y sus materiales gráficos, se pueden establecer una serie de aspectos a evaluar como por ejemplo: nivel de control, gama de colores utilizados, organización de un dibujo, equilibrio en el espacio, reproducción de formas, focos de dirección, movimientos, contenido, afecto, esfuerzo y dedicación, los que dan una referencia del estado personal en el que se encuentra el individuo que accede a la terapia.

- **Pintura:** témperas, acrílicos, óleos, pigmentos, acuarela, tintas, etc. En general cuando se habla de materiales pictóricos, se hace referencia a las técnicas, instrumentos y procedimientos relacionados con la pintura, *“el grupo más importante lo constituyen las pinturas derivadas de los plásticos. Es inmensa la cantidad de tipos, clases y colores nuevos, opacos, brillantes, metálicos, nacarados, fosforitos, fluorescentes, etc.(Dolleri)”*. Se pueden utilizar los mismos aspectos descritos en las técnicas gráficas para comprender la relación que se da entre el paciente y sus materiales.

- **Modelado:** Arcilla, greda, masa de sal, plasticina, arena, yeso, cerámica en frío, masa de pan, etc.

- **Materiales de desecho:** Bolsas de papel, catálogos, botellas, bandejas de plumavit, envases de vidrio, etc. Tanto los materiales de modelado como de desecho constituyen el grupo de materiales tridimensionales. La forma de comprender cómo el paciente se va relacionando, conectando y manejando con los materiales se puede realizar a través de la evaluación de una serie de ámbitos similares a los anteriores, que comprenden: el material de construcción, tamaño, utilidad, uso del espacio relacionado con la masa y el cuerpo negativo, solidez de la estructura, textura, etc.

Collage: consiste en pegar papeles, objetos u otros materiales en una superficie plana, como papel, cartón o madera. Algunos materiales comunes usados para el collage son: diarios, imágenes de revistas, cuerdas y cordeles, lana, y materiales encontrados como pastos, hojas, corteza de árbol, conchitas, ramitas, trozos de tela, entre otros.

- **Nuevos Medios:** actualmente se está insertando la tecnología en el Arte Terapia con la utilización de video, fotografía y computador. La “fototerapia”, (Judy Weiser,2008) se convierte en una herramienta muy poderosa que puede llegar a remover nuestras memorias emotivas más íntimas y a conectarnos con nuestro propio Self. Por lo tanto en virtud de las características y necesidades del paciente se puede elegir el camino de trabajar con fotos e imágenes provenientes de revistas y que no son de directa

relación con el paciente, como también está la opción de trabajar directamente con fotos personales y relacionadas con la experiencia del paciente que muchas veces pueden tocar aspectos muy profundos del individuo.

Además Los materiales se pueden clasificar según el nivel de control que presenten dentro de sus propiedades, encontrando tres grupos de control : alto (fáciles de explorar, utilizar y manipular) , medio (mediana exigencia de manipulación) y bajo (mayor exigencia en su exploración y manipulación) .

El grupo de alto control incluye materiales que a nivel gráfico serían: lápices de mina, color, scripto, pasta, plumón; a nivel pictórico las temperas y materiales escolares sencillos como pinceles, brochas de esponja pequeñas y a nivel tridimensional encontramos la plasticina, masa de sal, y papeles de fácil manipulación.

En el segundo grupo de control medio, a nivel gráfico podemos mencionar lápiz de cera y pastel graso, a nivel pictórico se encuentra pintura de dedos, lápiz acuarelable, acrílico, trementina, pastel graso, pintura en spray y a nivel tridimensional se puede incluir a la greda, plumavit, yeso, desechos y papel mache.

Y por último dentro del grupo de materiales de bajo control podemos encontrar a nivel gráfico el carboncillo, tiza, tinta china, pastel seco; a nivel pictórico están las acuarelas, oleos, rodillos y también elementos como espátulas, esponjas; el nivel tridimensional incluye elementos de tallado como espátulas, rodillos, moldes, elementos de metal más difíciles de manipular y cortar.

En el trabajo realizado con este grupo de PcD que presentan un alto nivel de compromiso en su estado de salud y la necesidad de tener el constante apoyo de terceros para desarrollar sus actividades diarias, se considera pertinente utilizar en la exploración, manipulación y creación de obras materiales clasificados sólo dentro del primer grupo de alto control, siendo los de tipo gráficos y pictóricos los que tuvieron mejor recepción dentro del proceso, desde el inicio hasta el cierre.

1.5 ETAPAS DEL PROCESO ARTE TERAPEUTICO.

*“Lo más importante en el proceso de AT es que la imagen o dibujo tiene una voz propia, y donde gradualmente se va construyendo un diálogo en donde el arte terapeuta y el paciente se comunican.”
(Dalley,1992)*

Dentro del desencadenamiento de la intervención y proceso Arteterapéutico, se pueden identificar tres grandes momentos, que son: fase inicial, fase intermedia y fase final; cada una de ellas tiene relación con situaciones pertinentes que se deben dar dentro del proceso, y que es rol de ArteTerapeuta ir regulando el tiempo de permanencia en cada una de estas fases. A continuación se presenta un resumen con las principales características que incluye cada etapa, además se destaca que toda esta información es totalmente adaptable a la realidad de individuo, grupo o contexto con el cual se trabaje.

➤ **Fase Inicial**

Durante esta fase se conoce el motivo de consulta, necesidades y requerimientos de los pacientes que sirven para definir los objetivos de la terapia. El ArteTerapeuta debe dar espacio al paciente o grupo para que comenten sobre sí mismos, situaciones que les llame la atención compartir, entre otras; además el ArteTerapeuta puede entregar información básica respecto a cómo se utilizan los materiales dispuestos en el setting, siendo esta actividad muy determinante en despertar las motivaciones de los pacientes por trabajar con materiales en un contexto terapéutico.

Es importante crear una atmosfera cálida y transmitir que el espacio de AT es un espacio seguro para explorar y que permite la expresión y manifestación del sentir de lo que al paciente le está pasando, aclarar en lo posible cuál fue el motivo que lo

trajo a terapia “*esto posiblemente pueda aliviar la primera ansiedad del paciente*”¹³. Así se va produciendo el primer contacto y familiarización del paciente con diversos materiales y se comienza a formar el vínculo terapéutico dentro del contexto de AT. Si hay cualquier otra cosa que deba aclararse en esta primera sesión, es conveniente hacerlo en ese instante; otro punto importante en esta etapa es la confidencialidad, Algunos autores comentan que no se debe mostrar a otros colegas los trabajos realizados por los pacientes durante las sesiones, “*aunque sí se puede compartir información en términos del proceso, lo importante es no compartir detalles específicos del contenido del proceso*”¹⁴.

➤ **Fase Intermedia**

Después de la sesión inicial, ya hay una afinidad definida, la cual va a influir en la relación terapéutica, es así como se comienza a desarrollar el proceso de AT con la presencia de todos los elementos pertinentes a esta disciplina. Las primeras imágenes producidas contendrán referencias de los pensamientos y sentimientos hacia el terapeuta, y durante el proceso, la relación terapéutica comienza a desarrollarse. Esta, muchas veces puede incluir un poco de resistencia al procedimiento terapéutico.

El arte terapeuta desde una perspectiva externa (desde afuera) debe atender a aquellas señales no verbales que el paciente demuestra, por ejemplo dónde el paciente elige sentarse, ¿logra contacto visual con el arte terapeuta o prefiere evitar esta situación y observar el entorno que lo rodea?. El arte terapeuta debe estar siempre abierto a todas estas observaciones sutiles, que se van dando una vez que se desencadena el proceso terapéutico. En algunas sesiones de AT efectivamente no se desarrolla ninguna actividad artística, sino más bien un diálogo entre paciente y Arte Terapeuta o donde pueden surgir largos períodos de silencio, la dinámica de este proceso debe ser explorada y también registrada.

¹³ CASE, C., DALLEY, T. The Handbook of Art Therapy. Londres, Routledge, 1992.

¹⁴ DALLEY, T. El arte como Terapia. 2° ed. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984.

Cuando se trabaja a nivel de grupos de terapia, esta fase es altamente relevante para identificar y dar respuesta en la medida de lo posible, de los conflictos internos del grupo o situaciones importantes que involucren a los miembros del mismo.

➤ **Fase Final.**

Existen varias razones para finalizar una terapia, por ejemplo cuando el paciente siente que ya no puede extraer nada más de ésta, debido a que muchos de los problemas han alcanzado un alto nivel de resolución interna y externa. Otra razón es que se ha completado el número de sesiones determinadas en el contrato del principio, o razones de fuerza mayor (como cambio de domicilio, etc.). Aunque la finalización puede ser anticipada, se sabe que llegó “*el momento del fin*” y esto genera si o si, porque es parte de un proceso, el sentimiento de desligue y desapego. Cualquiera sea la situación, es necesario advertir una y otra vez de la finalización del proceso, para que esto sea satisfactoria tanto para el paciente como para el Arte Terapeuta.

El término del proceso, “*es usualmente expresado con un cambio en las imágenes expresadas por el paciente. Es más, muchos niños dejan la actividad artística y se concentran en jugar con otros objetos presentes en la sala*”¹⁵. Al final de la terapia, se le pregunta al paciente si se quiere llevar todos sus trabajos. La respuesta a esto es un indicador de la manera que el paciente se toma el final del proceso. Si se lo deja al arte terapeuta puede significar que quiere irse con la posibilidad de volver. Llevarse los trabajos puede causar la impresión que no existe la posibilidad de querer volver.

¹⁵ DALLEY, T. El arte como Terapia. 2° ed. Barcelona, España. Editorial Herder. 1984.



CAPITULO I : MARCO TEORICO

2. DISCAPACIDAD.

2.1 CONCEPTO DE DISCAPACIDAD Y REFLEXION SOBRE SU EVOLUCION.

Desde una mirada personal, hablar de discapacidad implica comenzar a sumergirse en un universo muy amplio, delicado, profundo y que muchas veces se vuelve intolerable para quienes no presentan o no están familiarizados ante dicha condición; en cambio para las personas que sí nos relacionamos con el mundo de la discapacidad, podemos destacar que el gran aporte que se nos hace desde este ámbito, se basa en la comprensión y verificación en terreno de que la diversidad humana es inherente a nuestro ser, toma un valor individual y a la vez social que debe y merece respeto y que en una síntesis muy positiva, cumple una función de enriquecimiento en el plano práctico y teórico de todos los sistemas sociales.

Al comenzar a indagar sobre cómo nuestro país define este término, en lineamiento directo con las tendencias de organizaciones mundiales, se puede entender que Según el artículo 3, inciso 1, de la ley número 19.284, sobre Integración Social de Personas con Discapacidad, se señala que:

"Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a todas aquéllas que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que le hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, en su clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), publicada en 1980, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. En la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en el 2001, discapacidad aparece como un término baúl para déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales)"¹⁶.

El párrafo anterior habla de dos años diferentes (1980 y 2001) en que se conceptualiza "discapacidad" por parte de la OMS, esta diferenciación está dada por fuertes cambios sociales que han sucedido de trasfondo y que para poder comprender

¹⁶ http://www.fonadis.cl/glosario/index.php#ancla_D. revisada el 13 de enero de 2010. artículo ley N° 19.284

mejor, se desarrollan las principales ideas de este hecho en las siguientes líneas, dejando claramente explícito porqué en la actualidad son tan importantes los factores contextuales y porqué la discapacidad pasa a ser una condición relativa al ambiente.

Dentro del área de las ciencias sociales, se perciben constantes aportes de todas sus disciplinas a modo de contribuir al enriquecimiento y reflexión de las llamadas “macroteorías sociales” las cuales pretenden sistematizar desde una visión científica las dinámicas de interacción social. Es así como el paso del tiempo, sumado a las nuevas informaciones y formas en que se establecen las relaciones sociales, van dando pie a que las visiones y definiciones de los diferentes constructos relevantes del área también vayan alineándose a los nuevos paradigmas sociales.

Dentro de este contexto, se considera que el término discapacidad no ha sido la excepción de esta evolución conceptual, ya que tiene una historia bastante amplia donde el rol protagónico ha ido variando en cuanto a sus actores y en consecuencia a los cambios producidos en el nivel más macro del plano social. Es así que existe registro de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) entre otras, sobre su constante interés por concensuar una definición de Discapacidad que logre contemplar activamente a las propias PcD.

Al revisar un poco la historia se encuentra que en el año 1972 la CIE comienza a dar aportes al término basados en el modelo médico, donde se atribuía a la *persona* la mayor parte de las causas de su discapacidad. Ya en 1980 la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidad y Minusvalías (CIDDM), toman estos aportes para sistematizarlos y ampliar la visión en cuanto a dejar en evidencia la necesidad de considerar no sólo la enfermedad, sino las consecuencias de ésta en todos los aspectos de la vida de la persona; desde ahí nace la secuencia de *Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía*, considerando para cada término las siguientes definiciones:

- **Deficiencia:** toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y en principio solo afecta a un órgano.¹⁷
- **Discapacidad:** toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano.¹⁸
- **Minusvalía:** toda situación desventajosa para una persona concreta, producto de una deficiencia o una discapacidad, que supone una limitación o un impedimento en el desempeño de un determinado rol en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales.¹⁹

En el año 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, las discapacidades y la salud (CIF), reformula la conceptualización anterior, atribuyendo a la Discapacidad un enfoque de carácter “Multidimensional” en donde se obtienen importantes avances en la visión ecológica de este fenómeno social, y los factores contextuales comienzan a tomar gran relevancia. Esta nueva clasificación tiene como objetivo “brindar un lenguaje unificado, estandarizado y un marco conceptual para la salud y los estados relacionados con la salud”²⁰ y se basa principalmente en dos dominios que son: “componentes de la salud” y los “componentes relacionados con la salud” y que a su vez se describen desde una perspectiva individual corporal mediante los ejes de: “funciones y estructuras corporales” y “Actividades participación”²¹.

Todo este replanteamiento terminológico y sistémico planteado por la CIF permite llegar a conocer y entender los conceptos de funcionamiento y discapacidad, donde el primero es considerado como “un término Global que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación; y el segundo tiene relación con englobar las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones de la

^{17, 2, 3}. CACERES, C. “sobre el concepto de discapacidad, una revisión a las propuestas de la OMS” (2004). Revista electrónica de Audiología, volumen 2 noviembre de 2004.

²⁰ SCHORN, Marta. (1999) “*Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente*”. Lugar Editorial, tercera impresión 2008 Buenos Aires Argentina

²¹ Cabe destacar que estos conceptos tienen una definición específica que muchas veces difiere de lo entendido en la vida cotidiana.

*participación*²². Sumado a esto se incluyen los “Factores Ambientales” que interactúan con todos estos constructos. A modo de resumen se puede afirmar que: “ *El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedad, lesiones, traumas, otros) y los factores contextuales, los que incluye factores personales y ambientales y este último contempla a su vez un nivel individual y un nivel social.*”

Así se va armando la construcción del nuevo “perfil” de interacción entre el funcionamiento, la discapacidad y la salud de un individuo en varios dominios, Y que tiene sus raíces fundamentadas en el “modelo social” del fenómeno de la discapacidad, donde éste plantea que *dicha condición no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social.*

Siguiendo con el desglose conceptual, que permite comprender a grandes rasgos la evolución del concepto de discapacidad, se hará una profundización de las características y radio de implicancia correspondiente a los “Factores Contextuales”, ya que desde ahí se comienza a dar pie para poder establecer una relación con el campo de Arte Terapia. De esta forma se entiende que factores contextuales son las influencias que constituyen conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, teniendo dos componentes: el “*ambiental*” referido a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo incluyendo los espacios del meso, macro y exosistema, según los aportes de la teoría de desarrollo humano ecológico de Urie Bronfrenbrener; y como segundo componente se presenta el factor “ *Persona*” cuya relación está dada por las características individuales de sexo, edad, nivel social, experiencia de vida, entre otros.

Entre los planteamientos que postula la psicología del desarrollo respecto al propio desarrollo humano constantemente destacan la importancia determinante que

²² CACERES, C. “*sobre el concepto de discapacidad, una revisión a las propuestas de la OMS*” (2004). Revista electrónica de Audiología, volumen 2 noviembre de 2004.

tiene el ambiente sobre un individuo. Ahora, si este individuo es una PcD, es mayor el valor que se le atribuye al contexto asignando un rol fundamental como responsable de optimizar en la medida de lo posible “habilidades adaptativas”, que permitan mantener un equilibrio de relación y funcionalidad entre el individuo y su entorno; entorno en el que diariamente se sintetizan en cada ser una serie de experiencias personales, familiares, grupales y culturales que van imprimiendo progresivamente una sin fin de marcas y éstas a su vez van condicionando la secuencia de respuestas al contexto.

2.2 DIAGNÓSTICOS DE PACIENTES.

El grupo con el cual se realiza esta práctica de AT esta compuesto por siete PcD que se caracterizan por lo heterogéneo de sus diagnósticos clínicos, pero que a la vez coinciden en que todos son altamente dependientes de terceros para realizar sus actividades de la vida diaria. Cada uno de estos diagnósticos es bastante complejo y conlleva a una serie de dificultades orgánicas, de salud, de adaptación y funcionamiento a la persona que la presenta. Esta situación se agrava en la medida que las mismas patologías van actuando como concomitantes en un mismo individuo, siendo la realidad de la mayoría de los casos de estos pacientes. En esta descripción sólo se hará una síntesis general de cada patología, caracterizando los rasgos más relevantes de cada una de ellas, así el lector se podrá hacer una idea genérica de cada una de las condiciones presentadas, dejando claro que actualmente existe mucha más información y estudios científicos sobre las mismas, pero que para contexto de esta monografía una descripción general es adecuada.

2.2.1 MICROCEFALIA.

La microcefalia es una condición y no una enfermedad, ya que no obedece a una sola causa sino es multicausal. Esta condición no es otra cosa que tener una cabeza más pequeña que lo estadísticamente esperado para la edad. Puede darse por causas genéticas, por infecciones congénitas del sistema nervioso central, por alteraciones metabólicas, por el cierre prematuro de las suturas del cráneo (sitio donde se produce

el crecimiento del cráneo) e incluso, por deformación externa de la cabeza, usada por algunas culturas antiguas.

Las consecuencias de la microcefalia dependen de su causa y abarcan desde lo estético, hasta lo funcional. El tratamiento depende de la causa que lo origine y en ocasiones trae como consecuencia concomitante asociada discapacidad intelectual, retraso generalizado del desarrollo y alteraciones motrices.

2.2.2 SINDROME DE NOONAN (EN ESTUDIO).

El Síndrome de Noonan es *“una condición autosómica dominante frecuente caracterizada por dismorfias faciales, talla baja, defectos cardíacos y malformaciones esqueléticas”*²³.

Los rasgos clínicos cardinales de este síndrome son: talla baja, cardiopatía congénita, cuello ancho y corto, deformación torácica, retraso de desarrollo de grado variable. Los defectos de la coagulación y displasias linfáticas son hallazgos frecuentes. Los rasgos mencionados son más notorios en el período de lactante, siendo también llamativo una cabeza grande y cara pequeña.

Una vez establecido el diagnóstico, el que usualmente se efectúa en el período de lactante se recomienda realizar los controles de salud poniendo énfasis en los procesos de crecimiento y alimentación; y monitorear el estado de órganos, sistemas y funciones en el área cardiovascular, oftalmológico, hematológicos, auditivo, músculo – esquelético y psicomotor.

²³ Kinsman SL, Johnston MV. Congenital anomalies of the central nervous system. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th Ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007. citado en pagina web revisada el día 15 de enero de 2009 [<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003272.htm>].

2.2.3 RETRASO PSICOMOTOR GENERALIZADO O COMPROMISO MOTOR GLOBAL.

El retraso psicomotor es *“la lentitud y/o anormalidad de las adquisiciones de los primeros hitos del desarrollo (primeros 36 meses de vida), resultado de alguna agresión al sistema nervioso, o determinado genéticamente, y fruto de etiopatogenias estáticas, no evolutivas²⁴”* (Verdu, 2008). Su prevalencia puede estimarse alrededor del 5 %, y es especialmente alta en los grandes prematuros.

Etiologías frecuentes son: parálisis cerebral, retraso mental, trastornos específicos del desarrollo, trastornos del espectro autista, deficiencias neurosensoriales, síndromes neurocutáneos o dismórficos de causa genética, pobre estimulación ambiental y enfermedades crónicas extraneurológicas

2.2.4 LISENCEFALIA-

Lisencefalias se encuentra clasificada dentro de los trastornos encefálicos y consiste en *“malformaciones cerebrales causadas por una alteración de la migración neuronal, que se manifiestan como síndromes epilépticos y trastornos motores graves con alta mortalidad²⁵”*, provocando retraso mental profundo y epilepsia. Son patologías de mal pronóstico, que se manifiestan en el primer año de vida. En la mayoría de los pacientes causa epilepsia refractaria y retraso grave del desarrollo psicomotor. Es importante el estudio genético y con neuroimágenes de alta resolución para realizar un diagnóstico precoz, predecir evolución y ofrecer consejo genético. En la lisencefalias se interrumpe la normal migración neuronal, formándose una corteza anormalmente gruesa de 4 capas mal organizadas, lo que se manifiesta por un espectro que va desde la ausencia

²⁴ García Pérez A, Carbona García J, Martínez Granero MA, Bejarano López A. Retraso del desarrollo psicomotor. En: Verdú Pérez A, García Pérez A, Martínez Menéndez B, editores. Manual de Neurología Infantil. Madrid: Publimed, 2008. citado en pag. Web [http://www.arsxxi.com/Revistas/framesart.php?Ndc=&MTE2OTE=&QVJU&U1A=&&Ndc=&MTEzOA==&MA==.] 15 de enero de 2010.

²⁵ Walsh CA: Genetic malformations of the human cerebral cortex. Neuron 1999; 23: 19-29

de circunvoluciones (Agiria), circunvoluciones más gruesas (paquigiria), hasta la formación de una doble corteza (heterotopia en banda subcortical).

2.2.5 SINDROME DE WEST.

El síndrome de West se denomina también de los “*espasmos Infantiles y pertenece al grupo de lo que se llama "Encefalopatías epilépticas catastróficas". Los espasmos infantiles son un tipo especial de ataque epiléptico que afectan fundamentalmente a niños menores de un año de edad*²⁶”. La etiología de los espasmos infantiles es muy variada y casi siempre es la consecuencia de una lesión cerebral bien estructural, metabólica o genética. Los síntomas Consisten en contracciones súbitas generalmente bilaterales y simétricas de los nódulos del cuello, tronco y extremidades.

2.2.6 ESCLEROSIS TUBEROSA.

Es un grupo de “*trastornos genéticos que afectan la piel, el cerebro, el sistema nervioso, los riñones y el corazón, y hacen que los tumores crezcan*²⁷”. Las enfermedades reciben el nombre por un crecimiento en el cerebro en forma de tubérculo o raíz. Es hereditaria. “*Los cambios (mutaciones) en dos genes, TSC1 y TSC2, son responsables de esta afección*²⁸”. Los síntomas de la esclerosis tuberosa varían de una persona a otra. Algunas personas tienen inteligencia normal y no presentan convulsiones o crisis epilépticas; mientras que otras tienen retardo mental severo, tumores graves o dificultad para controlar dichas crisis. No existe ningún tratamiento específico para la esclerosis tuberosa. Debido a que la enfermedad puede diferir de una persona a otra, el tratamiento se basa en los síntomas.

²⁶ Lombroso CT. A prospective study of infantile spasms: clinical and therapeutic correlations. *Epilepsia* 1983;24:135-58. citado desde revista pediátrica online pagina web [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_2_02/ped09202.pdf]. Revisado el 15 de enero de 2010.

²⁷ Nixon,J. (1989) “cerebral tuberois sclerosis” MR imaging *Radiology*. Citado desde art. “esclerosis tuberosa” en pagina web [http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp94330205.pdf]

²⁸ Idem 30.

2.2.7 EPILEPSIA REFRACTARIA.

Se denomina epilepsia refractaria cuando *“las crisis epilépticas son tan frecuentes que limitan la habilidad del paciente para vivir plenamente acorde con sus deseos y su capacidad mental y física o cuando el tratamiento anticonvulsivante no controla las crisis o sus efectos secundarios son limitantes para un desarrollo normal de la persona²⁹”*. Presenta un pronóstico complejo en cuanto al control de las crisis, el desarrollo cognitivo y las habilidades sociales. Su pronóstico está dado fundamentalmente por el tipo de síndrome epiléptico. Los ejemplos de este tipo de refractariedad son, entre otros, los síndromes de West, Lennox Gastaut, la epilepsia mioclónica severa del lactante y la epilepsia asociada a la esclerosis mesial del hipocampo.

2.2.8 CROMOSOMOPATIA.

Se clasifican como Grupo de enfermedades consecutivo a las variaciones numéricas, estructurales o combinadas en la población normal de los cromosomas. Las desviaciones de la normal fórmula cromosómica o sus alteraciones estructurales pueden producirse tanto en la serie cromosómica sexual, gonosomopatías, como en la somática, autosomopatías. *“La mayoría de los casos se refiere a una no separación adecuada de los cromosomas homólogos durante el proceso de meiosis”*.

2.2.9 AUTISMO.

En el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV, el autismo se encontraría clasificado dentro del grupo de los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Las características esenciales del trastorno autista son la presencia de un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación social y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses. Las manifestaciones del

²⁹ Carroiza, Jaime. (2003) *“¿Qué es la epilepsia refractaria? Artículo citado en formato Pdf, pagina web [http://www.alcepilepsia.org/docs/Que%20es%20la%20epilepsia%20refractaria.pdf]*.

trastorno varían mucho en función del nivel de desarrollo y de la edad cronológica del sujeto. A veces el trastorno autista es denominado autismo infantil temprano, autismo infantil o autismo de Kanner.

La característica distintiva del ASD es la interacción social deficiente. Los cuidadores principales del niño generalmente son los primeros en notar los signos de ASD, también varía ampliamente en gravedad y síntomas y puede pasar sin ser reconocido, especialmente en los niños levemente afectados o cuando está enmascarado por impedimentos físicos más debilitantes.



CAPITULO I : MARCO TEORICO

3. ARTETERAPIA Y GRUPO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

3. ARTETERAPIA Y GRUPO DE PcD.

“En las personas con discapacidad el proceso artístico aumenta su Bienestar emocional, les capacita el Desarrollo de la imaginación y Capacidades de juego, no siendo Necesario llegar a un producto final.”

(Martínez, 2006)

Los seres humanos nacemos, vivimos y nos desarrollamos en entornos grupales, siendo la sociedad, las instituciones y la familia los sostenes que dan contención al colectivo humano independiente de la condición asociada a una discapacidad o no, que cada uno de sus integrantes presenta. Grupos existen en todos los ámbitos de la vida, desde los más lúdicos hasta los estrictamente laborales, desde los de pares hasta los grupos terapéuticos que apuntan a favorecer la salud. Contextualizando esta monografía al desarrollo de AT con un grupo de PcD, en este capítulo se describen los principales elementos que dan vida a la terapia grupal y que tienen relación con conocer la organización de los participantes en su propia dinámica de grupo, la participación que tiene el Arteterapeuta al involucrarse en este grupo y las actividades que realizan concretadas desde la exploración de diversos materiales artísticos.

3.1 ORGANIZACIÓN GRUPAL EN ARTETERAPIA.

“Cada participante es capaz de expresarse y mantener su individualidad mientras aun se identifica y trabaja con el grupo”.
(Dalley, 1992).

En AT el proceso terapéutico desde un escenario grupal siempre se vivencia por cada paciente según su propia forma de integrar la información no sólo que viene

desde el medio exterior sino también desde nuestras propias reacciones internas, pero a su vez, existe un elemento común para todos los miembros y que está dado por el fenómeno dinámico de interacción que el grupo logra generar.

De esta forma en la terapia de arte grupal Dalley y Case (1992) plantean que existirían tres modelos principales de trabajo en grupo que son : grupos de estudio abierto, grupo analítico y grupo centrado en el tema, y que a continuación se describen las principales características de cada uno.

- Grupo Abierto:

El proceso de arte se considera como curativo. En esta forma de trabajo la 'espontaneidad' es la palabra clave, el terapeuta tiene un rol ' no-directivo ' y los procesos del grupo no serán trabajados directamente.

- Grupo Analítico:

Se caracteriza principalmente por tener una influencia directa desde la terapia verbal del grupo y es generalmente un conjunto 'cerrado', El terapeuta estará en conocimiento de la dinámica general que envuelve a los participantes en su interacción y a la vez podrá trabajar a su elección con el individuo dentro de este círculo , con los procesos del individuo y del grupo , o solamente los procesos a nivel de conjunto de participantes.

Grupo Centrado en el tema:

En este caso el terapeuta elige una experiencia a explorar con materiales artísticos y al grupo se le brinda la oportunidad de conversar libre y fluidamente hasta el surgimiento de un tema del agrado de todos para dar paso a la creación . Esta manera de trabajo crea una dinámica de desarrollo transversal en el conjunto de individuos y no es aplicable para el desarrollo del proceso grupal. Estos equipos de terapia por lo tanto tienden a funcionar en series de sesiones cortas, y otorgan igual énfasis a factores ' sociales ' así como al 'proceso curativo del arte'.

Para el caso de esta práctica AT, se considera que el lineamiento utilizado durante el proceso de intervención tiene características que lo enmarcan en un grupo “cerrado” complementado con una metodología directiva de interacción. Esta clasificación se considera la forma más adecuada para desarrollar el taller con PcD que presentan un bajo nivel de independencia, ya que por un lado se da la posibilidad de exploración del espacio terapéutico, y por otro se encamina el trabajo creativo, permitiendo a su vez realizar una intervención bastante individualizada.

Es importante aclarar que en este grupo de PcD se hace bastante complejo lograr identificar con real claridad la dinámica en como generan sus propias leyes, cultura e identidad de grupo. Cuando se realiza terapia grupal en AT se parte de las premisas que *“el grupo será necesario para el desarrollo social y comprensión a medida que ven al terapeuta como modelo de aceptación de diferencias”*³⁰, el trasfondo de esta frase se relaciona con la experiencia de práctica al permitir y entender cómo cada uno de los integrantes realiza un aporte desde su esencia a la dinámica grupal y que también aprendan de ellos mismos; en la medida que avanza esta interacción se comienzan a negociar sus relaciones, formas comunicativas y ritmos como grupo propio. Creando un objeto de arte los individuos se vuelcan internamente para expresarse ellos mismos en el espacio de su elección, desde la base del respeto por la diversidad humana, ver crear a ese grupo de PcD se puede apreciar la dinámica como un “cuadro hablante” sin la necesidad de tener que hablar. No es para nada fácil identificar en este “grupo-no grupo” cuáles son sus propios códigos de interacción y comunicación, ya que a simple vista parece que no existiera ni uno, pero desde el aumento progresivo en el conocimiento y comprensión de los ritmos personales, se comienzan a empatizar con elementos muy sutiles por no decir escasos que van dando sentido y caracterizando la consistencia tan particular de este grupo. Así al ir profundizando en la observación meticulosa de sus conductas se le puede comenzar a atribuir un “rol” individual a cada uno de pacientes participantes de este grupo, cuya esencia personal naciente de su condición, se va expresando libremente para hacerse parte activa del ambiente.

³⁰ Idem 26.

De esta forma se va construyendo un modelo de grupo en AT para PcD severa cuya consistencia y fuerza en el trabajo va tomando mayor vida en la medida que:

- Progresivamente el arteterapeuta, logre una vinculación y comunicación con los códigos propios que los pacientes tienen, y una vez que éstos mismos se hayan podido identificar , lo que no es una tarea menor.
- Se identifiquen las actividades que logran motivar a este grupo de pacientes y desde ahí comenzar a abrir la puerta para entrar en su mundo.
- Se desarrollen conductas de observación y empatía con la interacción grupal, por muy limitada o particular que ésta sea.

3.2 PARTICIPACION DEL ARTE TERAPEUTA.

“El arte tiene una escasa significación terapéutica si no intervienen o está presente en él un terapeuta, que suministra esencialmente el factor humano en el establecimiento de una relación terapéutica mediante una forma de arte”

(Dalley, 1992).

Desde la bibliografía de Tessa Dalley (1992) y que además es coincidente con la de otros autores de la disciplina de AT, se estipula la premisa que el Arteterapeuta debe manejar una serie de conocimiento provenientes desde el mundo de la psicología, las artes, y los conceptos propios de AT. Estas características serían básicas para garantizar un buen desarrollo del proceso Arteterapeutico, donde el terapeuta de forma responsable y competente asume su rol siendo capaz de guiar al paciente en el uso de materiales, apertura de procesos creativos y canalización de emociones. Cuando se trabaja en terapia de grupo, el Arteterapeuta debe tener en consideración el tipo de población con la que trabajará, la edad, el nivel socioeconómico, la condición de discapacidad o no de los participantes, y en caso que sí, identificar las principales características de diagnóstico y en lo posible conocer también parte de la historia de vida de cada paciente para entender la ecología bajo la cual se han desarrollado.

En cuanto a la profundidad de la intervención, el Arteterapeuta se puede manejar en su rol dentro de tres niveles principales (Hills, 2006) que son:

Nivel Terapia de Apoyo:

También llamado de sostén . Esta terapia es corta, no dura más de 20 sesiones. Se centra principalmente en la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas.

Nivel Terapia Intermedia:

El terapeuta puede reconocer la contratransferencia, discriminando lo propio y lo del paciente, este nivel comienza a explorar capas más profundas de los procesos personales del paciente, por tanto el número de sesiones son mayores a las de nivel de apoyo.

Nivel Terapia Exploratoria:

En este contexto los beneficios nacen de una mayor madurez, del insight o de la resolución del conflicto intrapsíquico, éste puede durar años y sin duda que por el mismo tiempo de permanencia en terapia, se logra conocer y comprender en mayor profundidad los procesos personales del paciente.

Tomando en consideración el criterio de duración de la práctica, la intervención realizada en el grupo de PcD se considera que fue enmarcada dentro del primer nivel de apoyo o sostén, donde su caracterización responde a los objetivos generales planteados en esta monografía. La congruencia está dada porque en el trabajo de PcD, no sólo en el ámbito de la terapia sino en otros como el educativo, se tiende a realizar adaptaciones, reducciones y replanteamientos de los objetivos generales donde se tiene que llegar a un punto en que deben quedar acorde con las capacidades y habilidades propias de los pacientes. Todo este trabajo de adecuación, deja en

evidencia una serie de competencias que el arteterapeuta debe manejar en su quehacer y como parte de la programación de AT para que de esta forma se garantice el buen resultado de la terapia, gracias a una respuesta pertinente a las necesidades del grupo.

Se considera altamente relevante que el Arteterapeuta presente una conducta empática orientada a la comprensión de la dinámica de un grupo tan heterogéneo y complejo como el que se describe en este estudio de caso, de lo contrario es muy probable que por el hecho de no comprender los ritmos y condiciones de estos pacientes comience a experimentar sentimientos de frustración y ansiedad por no experimentar un trabajo de terapia como se espera que funcione en grupos de personas que no presentan discapacidad a un nivel severo. A nivel personal, sin duda alguna que venir desde pregrado formada en el área de trabajo educativo hacia PcD, fue el factor principal que permitió desarrollar adecuadamente esta práctica.

3.- INTERACCION DEL GRUPO DE PCD A TRAVES DEL JUEGO Y LOS MATERIALES.

*“A través del juego la persona
Con discapacidad se integra en el
Mundo y vence las barreras de la
comunicación social que su discapacidad le
impone”
(Shorn, 1999)*

El juego y el “NO” juego, son dos mundos, dos polaridades, dos extremos que traen una serie de consecuencias para la psiquis, la salud y la forma de ver y enfrentar el mundo en la persona que realice uno de los actos. Mucha de la información teórica acerca del juego reafirma constantemente la idea de lo relevante que es para un ser humano tener la posibilidad de poder jugar. La persona que juega se desarrolla, crece, crea, simboliza, comunica, estimula su inteligencia y su bienestar general.

¿Qué pasa en el caso de las PcD? Sin duda que responder a esta interrogante es muy complejo, pero se puede partir con una premisa proveniente desde el derecho

que toda persona tiene al jugar y más aún en el caso de las PcD donde el juego pasa a ser una necesidad, una forma comunicativa, una vía de acceso a su mundo individual que muchas veces está la mayor parte del tiempo en un estado de inconciencia que de conciencia, dependiendo de la naturaleza de su condición y una manera que permite abrir el estado de ensimismamiento para comenzar a interactuar y volverse parte del entorno cercano.

Shorn (1999) en su obra “Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente” comenta que el no poder jugar tiene que ver con inhibiciones yoicas en el desarrollo de la fantasía, con bloqueos afectivos, con fobias, con conductas obsesivas, en síntesis, con limitantes en todo sentido y que en casos de condiciones más graves como las que aquí se exponen, se puede asociar a un no deseo o un deseo del no deseo. Si se analiza el trasfondo que tienen estas palabras, se identifica un mensaje muy fuerte respecto a lo complejo y heterogéneo que es este grupo, en el que no se ven conductas lúdicas a primera vista, sino que hubo que realizar toda una observación para descubrir cuáles de las conductas que ellos realizar se pueden considerar como lúdicas, y desde ahí comenzar a dar lineamientos a esta intervención.

Entre las conductas de los participantes consideradas como “lúdicas” se puede mencionar que se incluye:

- Manipular durante varias sesiones el mismo objeto y sentirlo como una parte propia que cambia de posición en el espacio.
- observar por largos períodos de tiempo un mismo material o elemento llamativo por sus características.
- interactuar a través de recibir y lanzar una pelota con elementos que hacen sonido , pero esta situación ya se dio en las ultimas sesiones donde previo a esto, hubo todo un trabajo de acercamiento y vinculación con el paciente.

Además cabe recalcar que es altamente probable que el nivel de conexión con estos objetos estuviera dado por la sensación corporal, visual y sensitiva en general que pudiera entregar el elemento y no por la funcionalidad o desempeño que como juguete podía tener. Así esta conducta es totalmente generalizable a la forma en cómo

los pacientes con mayor daño se familiarizaron y exploraron los materiales de AT. Todos manipulados desde la sensación y no desde las posibilidades de trabajo que podía aportar cada medio artístico.

Partiendo de la base que *“todo juego o todo esbozo de juego debe ser respondido con juego , pues esta es la manera natural de expresarse y de entender los hechos de la vida de un niño”*³¹, esta frase se adopta como postura oficial para enfrentar la intervención arteterapéutica con este grupo de personas, la actividad lúdica cuyos rasgos predominantes están en función de lograr un mayor contacto y vinculación entre ellos como personas conformantes de este particular “grupo-no grupo” y con los arteterapeutas, facilitadores de este trabajo.

Se destaca que en el caso de los participantes que presentaban autismo o rasgos concomitantes de este espectro secundarios a otros diagnósticos, que se pasaban horas manipulando estos elementos y/o materiales artísticos entre sus manos, se encuentra en la bibliografía especializada que el autor Tustin (1987) los designa con el nombre de *“objetos autistas”*. Estos objetos son utilizados de manera personal por cada niño, pero *“no para la función para la cual ha sido realizados, ni concientes de su manipulación”*³²; es por ello que *“si los objetos autistas se pierden, los niños pueden quedar con la sensación que una parte de ellos mismos, de su cuerpo se ha perdido”*³³. Aquí es altamente probable que no se perciba el deseo, ni se puedan tolerar la frustración de los sentimientos de separación. Estos objetos autistas tienen un origen en actividades autosensibles que se iniciaron en la infancia , los que los va tornando cada vez más excéntricos y raros; trascienden como elemento en una búsqueda de satisfacción casi instantánea, *“vive pues en un orden corporal, sufriendo su vida mental una restricción masiva”*³⁴. Tustin refiere que habría en estos niños una profunda herida primaria de la separación corporal con su madre, sentimiento y

³¹ SCHORN, Marta. (1999) *“Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente”*. Lugar Editorial, tercera impresión 2008 Buenos Aires Argentina

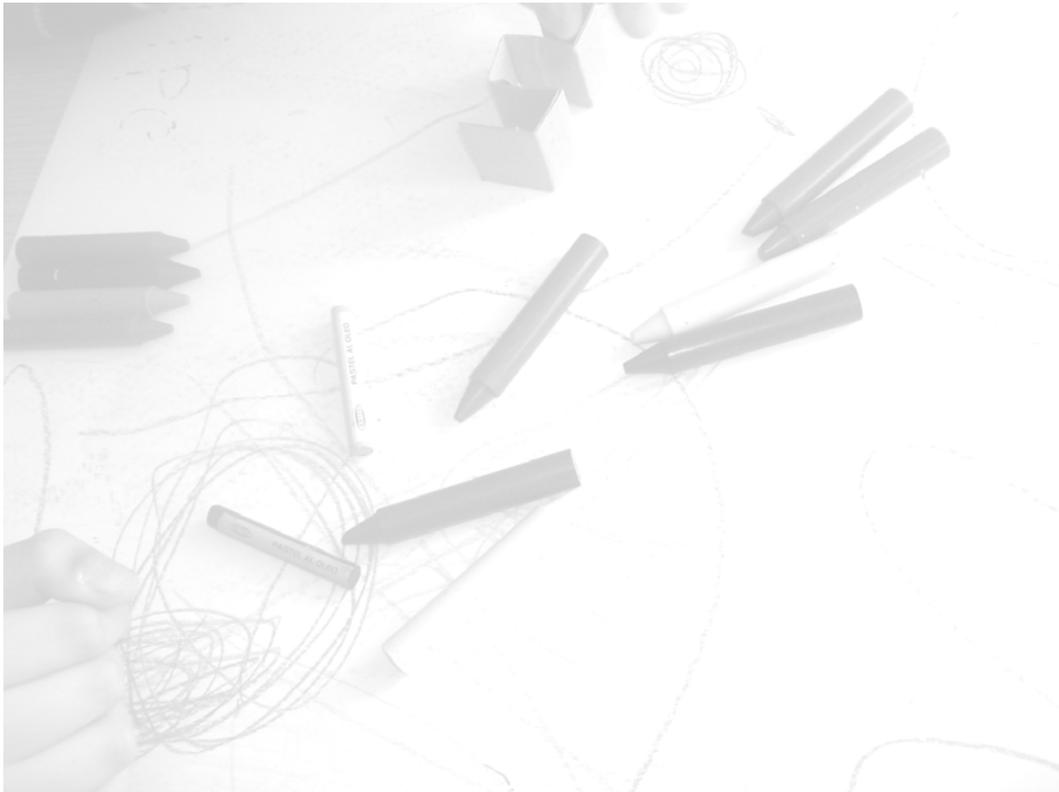
³² TUSTIN, F. (1987) Barreras autistas en pacientes neuróticos. Amorroutu editores, buenos Aires.

³³ Idem 32.

³⁴ Idem 30.

vivencias que vuelven a reaparecer “*cada vez que hace su aparición, una experiencia de separación*”³⁵.

³⁵ Idem 30.



CAPITULO II : ESTUDIO DE CASO

1. CONTEXTUALIZACION

1. CONTEXTUALIZACION.

1.1 LUGAR DE PRÁCTICA.

La presente practica de AT se desarrollo en el “Centro de Rehabilitación Infantil Manantial” con uno de los grupos de PcD severa que se atienden diariamente en esta institución.

Revisando un poco la historia de este lugar, se obtiene que el Centro de Rehabilitación Infantil Manantial fue creado en 1981, por un grupo de profesionales de las áreas de salud y educación, con el fin de dar atención a niños con trastornos del desarrollo. Su fundadora es la reconocida Fonoaudióloga de la Universidad de Chile “Aida Polhammer” siendo a la vez directa del mismo y manteniendo ambas funciones hasta el día de hoy.

Este centro de rehabilitación cuenta con un equipo multiprofesional compuesto por kinesióloga, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional y educadora diferencial; además de personal administrativo y asistentes de apoyo al trabajo de los profesionales. Al ser un centro particular los padres cancelan mensualmente una cifra sobre los treientos mil pesos para que sus hijos reciban todas las atenciones que el lugar brinda. Actualmente los niños, jóvenes y adultos que asisten, se encuentran organizados en tres grupos que son :

- Nivel 1: grupo compuesto por niños desde 0 a 8 años, que presentan diagnósticos en estudio, debido a su edad.
- Nivel 2: grupo más adolescente, donde las edades van de los 10 a los 20 años aproximadamente, la gran mayoría de ellos han estado desde pequeños en este centro de rehabilitación y algunos todavía presentan diagnósticos en estudio.
- Nivel 3: grupo de adultos todos mayores de 23 años, y con diagnósticos de salud bastante complejos, varios de ellos llevan bastante tiempo en este centro de rehabilitación.

El principal objetivo de trabajo en este centro es brindar atenciones individuales, personalizadas, en un ambiente grato, que les estimula a desarrollar sus capacidades cognitivas y motoras y a afianzar su autoestima. Este lugar está ubicado en calle Los Leones 1480, Providencia, Santiago; Respecto al lugar físico se puede mencionar que es una casona de dos pisos adaptada donde los principales espacios son:

PRIMER PISO	SEGUNDO PISO.
<ul style="list-style-type: none"> - Una sala equipada para terapia ocupacional y kinesiología. - una sala de trabajo para fonoaudiología. - un espacio habilitado para secretaria y recepción. - Un baño de adultos. - Una cocina. - Una sala pequeña para guardar material. - La sala de trabajo para los pacientes del nivel 3. - Además cuenta con patio pavimentado. 	<ul style="list-style-type: none"> - una sala de trabajo para los niños del nivel 1. - Una sala de trabajo para los adolescentes del nivel 2. - Dos baños para adaptados niños y jóvenes. - Una sala pequeña para reuniones - Una sala abierta no designada a ningún grupo.

Este centro recibe alumnos en práctica desde diferentes universidades en las áreas de la salud que ellos como institución abordan. Además durante el año pasado con el nivel 1 de los niños más pequeños se implantó un taller de "Arteterapia" realizado por la apoderada del centro Alejandra Sanchez, quien además participó realizando el taller de "video, Arteterapia y autismo" en el "II congreso latinoamericano y del Mercosur de Arteterapia", organizado por la Universidad de Chile. Desde ahí comenzó la seguidilla de contactos y comunicaciones que permitieron desarrollar de forma exitosa la práctica de este postítulo en terapia de arte.

1.2 INICIO DE LA EXPERIENCIA.

En el mes de septiembre del año 2009, comienza oficialmente la práctica de AT en el Centro de Rehabilitación Manantial. De esta forma se coordina una reunión programática donde participa la directora del centro, supervisora de práctica, tutora desde la institución y los alumnos practicantes; con el fin de definir el día, horarios y pacientes con los cuales se realizara la intervención.

Un aspecto muy válido de destacar son los consejos y sugerencias dados por la directora del centro respecto a cómo enfrentar el trabajo con Personas que presentan una condición de discapacidad tan severa, donde el “dosificar” las expectativas y controlar la tolerancia a la frustración son características muy importantes que como terapeutas se deben desarrollar, en el caso de no tener experiencia de trabajo en esta área; además se suma el tema de plantear que los períodos de atención y participación en distintas actividades por parte de los pacientes son bastante breves, por muy motivados que ellos estén. Sin duda que estas palabras fueron tomando mucho sentido en la medida que el proceso de AT iba avanzando. El grupo asignado para el trabajo fue el del nivel 2, donde se nos enfatiza que es el grupo con mayores niveles de “independencia”, y que además tienen buena asistencia al centro.



CAPITULO II : ESTUDIO DE CASO

2. DESCRIPCION DE PRACTICA.

2. DESCRIPCION DE PRÁCTICA.

En esta sección del capítulo se realizará una descripción general de la experiencia de práctica Arteterapeutica, mencionando la información relevante asociada a la presencia de tres puntos principales que son:

- Planteamiento de objetivos
- Caracterización de cada uno de los participantes desde sus antecedentes personales.
- Presencia de los elementos de arte terapia mencionados en el marco teórico.

2.1 OBJETIVOS Y DERIVACION.

Una vez insertos en el contexto donde se desarrolla esta experiencia, es la propia directora quien deriva el grupo con el cual se realizara la intervención, argumentando que eran jóvenes con bastantes limitaciones, pero que viendo la realidad general del centro pasaban a ser los que podían responder mejor a las sesiones de AT, además el grupo de los más pequeños ya estaba teniendo la oportunidad de participar de un taller de la misma disciplina y el grupo mas grande presenta una condición mucho más compleja. Por tanto se acepta totalmente esta propuesta por parte de los ArteTerapeutas y se asume que el motivo de consulta se realiza en vista de querer que los alumnos del nivel 2 de manantial tengan acceso por un lado, a un proceso exploratorio de materiales artísticos y por otro que se permita la expresión artística de los mismos, todo enmarcado en una visión y contextualización arteterapéutica.

Tomando en cuenta la derivación realizada por la directora, el motivo de consulta, las características que se nos habían entregado del grupo y la experiencia de las primeras tomas de contacto con los pacientes se formulan los siguientes objetivos de trabajo:

Objetivos generales:

- a) Permitir que el grupo de alumnos del nivel dos del centro de rehabilitación manantial tenga una experiencia de exploración de materiales artísticos dentro de un contexto arteterapéutico.
- b) Establecer, en la medida de lo posible, un vínculo terapéutico que favorezca la capacidad comunicativa, expresiva y de interacción en los integrantes del grupo.

Objetivos Específicos:

- a) Abrir un espacio para las PcD severa destinado a vivenciar la experiencia de contacto con diferentes materiales artísticos.
- b) Permitir la expresión personal en el trabajo con materiales.
- c) Estimular la capacidad comunicativa y de interacción entre los pacientes y el terapeuta.

2.2 ANTECEDENTES DE LOS PARTICIPANTES.

Como se estipuló en el marco teórico, este grupo de pacientes presentan diagnósticos clínicos complejos, y esta condición aumenta cuando de forma concomitante se asocian a dos o más patologías dentro de un mismo individuo. Para comprender desde una mirada muy general la situación personal de cada paciente, se realizará una descripción sencilla de cada uno de ellos ³⁶

³⁶ NOTA: los verdaderos nombres han sido cambiados, asignado a todos los participantes un apodo que no tiene relación directa con cada uno de los miembros del grupo.

1.- MAR

- Paciente de sexo femenino.
- Actualmente tiene 21 años de edad.
- su fecha de nacimiento es el 03 de julio de 1987.
- Entre sus antecedentes clínicos se destaca que nace con meningoencefalocelo, la cual es operada antes de cumplir el primer año de vida. Como secuela a esta intervención “mar” queda con una microcefalia, que además se asocia a una dificultad psicomotriz y discapacidad intelectual severa.
- En el Centro Manantial asiste hace 13 años, ingresando en el año 1997.
- Se caracteriza por presentar un exceso de verborrea ante cualquier tema que surja durante el trabajo en grupo, siendo capaz de asociar una serie de palabras semánticamente atinentes a la conversación, pero sin coherencia y cohesión en el texto que verbaliza.
- Presenta una excelente capacidad para reconocer letras de canciones y sus respectivos autores, ya sean en inglés o español.

2.- BEN

- Paciente de sexo masculino.
- Actualmente tiene 19 años de edad.
- Su fecha de nacimiento es el 28 de junio de 1991.
- Entre sus antecedentes clínicos se destaca que presenta un retraso psicomotor global, hasta la fecha se encuentra en proceso de estudio en el extranjero respecto a la posibilidad que presente síndrome de Noonan.
- Al Centro Manantial asiste hace 12 años, desde 1998.
- Se destaca que Ben presenta un bajo nivel de lenguaje, tanto expresivo y notoriamente comprensivo. Constantemente presenta temblores en todo el cuerpo, siendo acentuados en las manos lo que dificulta la manipulación de objetos.
- Entre los rasgos de su personalidad, Ben se caracteriza por ser alegre, sociable, afectuosos tanto con sus pares como con adultos y gusta mucho de la música y el baile.

3.- FELI

- Paciente de sexo masculino.
- Actualmente tiene 13 años de edad.
- Nace el 27 de julio de 1996.
- Inicialmente a Fel se le diagnostica un “retraso general del desarrollo”, hasta que una serie de estudios principalmente de tipo neurológico afirman que su patología es una “lisencefalia” con un compromiso importante en el área del lenguaje.
- Asiste al Centro Manantial hace 5 años, desde el año 2004.
- De Feli se puede afirmar que dentro de este grupo es el paciente que tiene una mayor capacidad comprensiva, de contacto visual y de períodos de atención y perseverancia en el trabajo.
- Se caracteriza por ser afectuoso en el caso que se logra vincular con otra persona, de lo contrario puede llegar a presentar conductas hasta de agresividad, tanto con sus pares como con adultos. (según información aportada por tías asistentes del nivel).

4.- CARLOS

- Paciente de sexo masculino.
- Tiene 16 años de edad.
- Nace el 19 de septiembre de 1994.
- Según antecedentes recopilados, Carlos presentaría varios diagnósticos concomitantes que son: microcefalia, epilepsia, cromosomopatía y comportamientos de tipo autista.
- Asiste hace 12 años al Centro Manantial.
- Carlos, presenta una actitud de constante ensimismamiento, no tiene lenguaje verbal desarrollado, sólo emite sonidos repetitivos de sílabas y gritos. A los 17 días de vida comienza con convulsiones de tipo epilépticas. No se observa ningún tipo de interacción con el resto de sus pares, pero si con las tías asistentes del grupo. Constantemente deambula por el espacio de la sala.

5.- GAP

- Paciente de sexo masculino.
- Tiene 9 años de edad.
- Nace el 14 de agosto del año 2000.
- A los cuatro meses de edad presenta la primera convulsión de crisis epiléptica, posterior a esto se le diagnostica Síndrome de West y esclerosis tuberosa.
- Entre sus antecedentes destaca que si presenta una escolaridad previa en un jardín infantil.
- Lleva asistiendo dos años a Manantial ya que ingresó en el año 2008.
- Es un paciente que no presenta lenguaje, sólo emite algunos sonidos silábicos pero sin claridad. Pasa la mayor parte del tiempo en silencio. En ocasiones establece contacto visual bastante intermitente. No se observa que participe directamente en la interacción con el grupo de pares, sí se perciben actitudes comunicativas desde el plano no verbal con las tías asistentes.

6- MANU .

- Paciente de sexo masculino.
- Tiene 13 años de edad.
- Nace el 22 de mayo de 1996.
- Su diagnóstico clínico menciona que Manu tiene una epilepsia refractaria , que sin duda ha desgastado bastante su sistema nervioso.
- Al Centro Manantial ingresa en el año 2009, siendo el paciente con menos tiempo en rehabilitación dentro de la institución.
- El área del lenguaje se observa altamente dañado, no emitiendo sonidos ni sílabas que permitan una comunicación desde lo verbal. De forma permanente presenta una actitud de aislamiento, ensimismamiento, y baja conciencia de lo que sucede en el entorno.
- Dentro del grupo se puede afirmar que es el paciente cuya condición es la que presenta mayores dificultades por el alto nivel de limitación y no se registra ningún elemento de interacción tanto con pares, como con adultos.

7.- LAU

- Paciente de sexo femenino.
- Se destaca que ella actualmente no es parte de del Centro Manantial, pero en periodos anteriores si lo fue. En este período es invitada a asistir como participante de la experiencia de AT
- Según lo informado por su cuidadora, Lau presentaría autismo en un nivel , profundo no tiene desarrollada el área del lenguaje y es mayor a 30 años de edad.

2.3 TENDENCIA DE INTERVENCION.

Como ya se presentó en el marco teórico de esta monografía, a nivel de tendencia de intervención en AT encontramos dos líneas principales de acción que son por un lado la “psicoterapia por el arte “ y por otro “el arte como terapia”. Sin duda alguna que el camino a seguir en esta experiencia fue el de considerar el arte como terapia y las razones que justifican el elegir esta opción tienen relación con :

- Considerar que el grupo de pacientes no presenta un lenguaje verbal, lo que en ningún sentido se asume como una limitante, por el contrario se valora a los pacientes desde su condición no desde “lo que no tienen”, en este sentido la expresión plástica y los elementos que puedan surgir en el proceso creador son totalmente aceptados y validados como vía comunicativa de este grupo de PcD.
- Durante el período de observación inicial se evidencia la necesidad de abrir un espacio a la exploración y expresión artística en donde este grupo pueda participar activamente; en esta participación no se busca que los pacientes “comenten” como están o como se encuentran, sino que se pretende que sea su obra creada quien refleje el sentir.

Por lo anterior, durante todo el desarrollo de la practica de AT, se mantiene una visión de trabajo que da libertad en la manipulación y exploración de los materiales de trabajo, respeta los procesos personales de cada participante asociado a su condición de discapacidad, y valida el desencadenamiento del proceso creativo con todos los elementos que incluye, como una forma comunicativa alternativa a la expresión verbal.

2.4 PRESENCIA DE ELEMENTOS PROPIOS DE ARTETERAPIA.

La presencia de elementos pertenecientes a esta disciplina sí está dada. La salvedad importante de realizar, tiene relación con considerar que en el trabajo de PcD severa, muchos de estos elementos se marcan de una manera muy sutil o hasta un poco diferente si se compara con el trabajo de AT realizado en un grupo de personas que no presenta discapacidad, por tanto en las próximas líneas se describe como se fue validando de forma progresiva cada uno de estos elementos mencionados.

2.4.1 SETTING O ESPACIO TERAPEUTICO.

Este espacio altamente simbólico, fue adquiriendo su propio valor en la medida que desde el inicio de la práctica se comenzó a enfatizar verbalmente que *“estamos en el taller de AT”, “en AT trabajamos con diferentes Materiales” “el taller se realiza todos los días martes”*; sumado a la estructura secuenciada de acciones mencionadas en el marco teórico y que se caracterizó por marcar una rutina de sesión, donde se relatan las actividades de *“brindar aplausos para cada participante que está presente, y mencionar el nombre de los participantes que están ausentes”, “recordar los nombre de los ArteTerapeutas que están a cargo de realizar el taller”*. Todo esto con el fin de llevar a la práctica y contextualizado en el trabajo de PcD, lo que en teoría plantea López (2006) al mencionar que *“La persona participante que puede haber sufrido gran falta de constancia en sus relaciones encuentra que este espacio tiene regularidad en la semana, en “su” sesión, el terapeuta es una persona constante para el cliente en ese espacio”*.

Un hecho relevante de destacar en este aspecto, es que en la etapa intermedia, los propios participantes que podían verbalizar, comenzaron a responder las preguntas que los ArteTerapeutas realizaban, así al preguntar en que taller estamos, MAR siempre contestaba “*en taller de ArteTerapia*” y frente a eso BEN aportaba un motivado “quiero pintar, quiero pintar”.

En síntesis, con el fin de querer establecer la estructura característica que tiene un setting ArteTerapeutico, se creó una rutina secuenciada de actividades que cumpliera ese fin, así de forma progresiva los mismo pacientes, en la medida de sus posibilidades, fueron internalizando esta estructura y participando de forma más activa y verbal, al resto de los pacientes con condiciones más compleja se les considera como “participantes pasivos”. Por tanto se afirma con bastante orgullo que en esta práctica de AT si contó con el setting característico de la disciplina, la única diferencia que se marca, es que tuvo que ser adaptado a las necesidades del grupo de PcD severa.

2.4.2 TRIANGULO TERAPEUTICO.

Como se describió en el marco teórico de esta monografía, las condiciones personales de cada uno de estos participantes son bastante complejas, por tanto se asume como todo un desafío poder lograr una interacción comunicativa . Por esta razón uno de los objetivos generales de la práctica es “Establecer, en la medida de lo posible, un vínculo terapéutico que favorezca la capacidad comunicativa, expresiva y de interacción en los integrantes del grupo”. El trasfondo argumentativo del planteamiento de este objetivo se basa en la experiencia personal de trabajo a nivel educativo con personas que presentan Necesidades Educativas Especiales (NEE), y donde se considera altamente relevante y prioritario establecer un vínculo comunicativo para poder desarrollar una adecuada intervención.

Dentro del contexto de AT, se hace referencia a una triple vinculación, donde ya no sólo se habla de de la interacción que se establece entres dos personas, sino que se agrega un tercer elemento que es obra artística.

En la descripción de la experiencia, es importante recalcar que para este estudio de caso, el abrir espacio al juego y la participación también se considera como parte de la obra creada, ya que la capacidad de crear sin duda que se basa en la capacidad de jugar. Estimular la capacidad lúdica con este grupo de pacientes fue una tarea compleja, ya que hubo que observar con un alto nivel de detalle, cuáles de las conductas que estos jóvenes realizan son consideradas lúdicas, donde el único requisito de clasificación era notar la presencia de elementos que tuvieran relación con el involucrarse dentro del contexto. Es así como se menciona que en ocasiones en que se utilizaron elementos de creación como globos y papeles de colores los pacientes más independientes sí se involucraron en esta actividad, manipulando el material, expresando sonrisas y risas de agrado por la situación. Por otro lado se identifican dos pacientes que son Manu y Carlos quienes permanecían dentro del grupo con una participación bastante pasiva, desde las percepción de los ArteTerapeutas.

Progresivamente se fue evidenciando un mayor nivel de conexión positiva con cada uno de los participantes, y este hecho fue afirmado por un lado por las tías auxiliares del centro, al mencionar que los niños se “daban bastante” con los ArteTerapeutas, destacaron que los pacientes se notaban “alegres, participativos y que les gusta el taller” y por otro lado, porque ya en las últimas sesiones Gap, que es un paciente muy aislado del grupo, fue involucrándose activamente en un juego que debía recoger y devolver un balón, aceptaba despedirse de beso, y permanecía mayor tiempo estableciendo contacto visual con los terapeutas hasta el punto de sonreír en un par de ocasiones, lo que fue dando mayor fuerza a la validación del triangulo terapéutico.

Respecto al vínculo entre el paciente y la obra, fue FEL quien obtuvo los mejores niveles de conexión, ya que era capaz de mostrar y en ocasiones reconocer su creación personal;

En síntesis se puede mencionar que el “triángulo terapéutico” fue evolucionando positivamente hasta el cierre del taller, una parte del grupo logro conectarse con el terapeuta e involucrarse en la creación de sus obras, ya sea a nivel concreto o lúdico. La Otra parte del grupo que son los pacientes con los diagnósticos clínicos más complejos del grupo, parecieron no vincularse ni sumarse a esta triada, pero esta afirmación es difícil de comprobar en su totalidad, ya que de la forma en cómo se desarrollaron en el desarrollo de la práctica, es como lo hacen en su vida cotidiana.

2.4.3 PROCESO CREATIVO .

Retomando la frase que plantea López (2006) “La acción lúdica concibe la existencia como una expresión artística”, se considera que estas palabras pasan a ser una de las principales premisas que dan solides de base teórica a la realización de esta práctica de AT y de esta forma se pretende dar cumplimiento al primero de los objetivos generales que tiene relación con “Permitir la exploración de materiales artísticos dentro de un contexto ArteTerapeutico”, dentro del cual permitir que se desencadene el proceso creativo es un hecho que queda manifestado de forma implícita.

Respecto a los procesos creativos se puede afirmar que por un lado sí se identifican presente en los pacientes que tuvieron mayor involucramiento y participación en las actividades realizadas dentro de la sesión, y por otro lado en los pacientes que presentan mayor nivel de limitación desde su condición se hipotetiza que durante el período de práctica no se evidenció la presencia de dicho elemento. Ahora dentro de este contexto es pertinente dejar en claro que la forma en cómo se identifica este aspecto, es basado en la “observación de conducta” en la manipulación y exploración de materiales además de la experiencia de interacción directa que se

produce con cada uno de los paciente durante el desarrollo de la sesión. A continuación se describe a cada uno de los pacientes en su observación respecto a dicho proceso y en un orden de mayor a menor nivel de participación.

1.- FELI

Paciente que dentro del grupo se caracteriza por ser el que presenta mayor nivel comprensivo y que medianamente ejecuta las sugerencias que se le dan.

En su experiencia de exploración con diversos materiales demostró gran interés por la témpera y la greda. Una vez dada la instrucción de trabajo en la actividad, Feli de forma independiente manipula y realiza sus creaciones. En el caso de la témpera en una ocasión hubo que quitarle el material debido a que él estaba en un estado muy placentero de exploración, pero sobrepasando los límites dispuestos para el desarrollo de la actividad; para las auxiliares del centro la situación era bastante caótica , por tanto el rol de los ArteTerapeutas fue de mediación que por un lado canalizó la actividad que el paciente estaba realizando y por otro contuvo a las tías de la impresión de ver cómo estaba quedando el espacio físico.

En el anexo imagen 1 se evidencia visualmente como fue esta situación.

Respecto a las actividades más lúdicas que se realizaron en algunas sesiones también logró participar activamente, claro que manteniendo períodos bastante cortos de motivación en la actividad, se destaca que en la actividad con globos Feli demostró un alto nivel de disfrute por su risa y expresión de felicidad que en general presentó.

2.- BEN

Paciente muy risueño y dentro del grupo se puede afirmar que es el que presenta mayor desarrollo de habilidades sociales evidenciado en verbalizar el nombre de sus compañeros, interactuar de forma espontánea con algunos de ellos realizando masaje, marcando un comportamiento bastante afectivo y con un nivel de conexión con el entorno que refleja la presencia de mayores herramientas que el resto de los pacientes.

En la exploración de materiales Ben presentó algunas dificultades de contacto, por el hecho de presentar un trastorno psicomotor que constantemente le provoca temblores ,

poca estabilidad y dificultad de control de sus extremidades superiores incluidas las manos lo que limita la manipulación de algunos materiales y por lo tanto se le brindaba mayor nivel de mediación para que pudiera ir desencadenando su propio proceso creativo. Es positivo destacar que en las actividades realizadas con témpera Ben tuvo mayor nivel de independencia y pudo realizar exploraciones creativas de forma libre, como se evidencia en la imagen 2 del anexo.

Respecto a las actividades lúdicas, Ben participaba pero de forma intermitente, gusta mucho de expresarse a través del movimiento corporal y el baile. En síntesis se puede hipotetizar que el proceso creativo de Ben está presente de forma intermitente y que en muchas ocasiones se dejó llevar por la sensación que le provoca el tomar contacto con el material. Para este paciente el taller fue un espacio bastante significativo, ya que desde la tercera sesión de AT en adelante, cada vez que veía a los ArteTerapeutas, verbalizaba que tenía ganas de pintar.

3.- LAU.

Esta paciente asiste al Centro Manantial solamente a participar del taller de AT, ya que actualmente no pertenece a ninguna otra institución donde reciba intervención de especialistas. Lau contaba con asistente personal que la acompañaba a las sesiones; no presenta lenguaje verbal y un aspecto positivo de destacar es que siempre manifestó un alto nivel de motivación para participar del taller y con mediación era capaz de seguir las instrucciones dadas dejando claro que al momento de crear, le gustaba hacerlo sola.

A nivel de proceso exploratorio de materiales se puede afirmar que Lau pudo conectarse bastante bien con su propio proceso creativo, el que se caracterizó por ser meticuloso, perseverante y aislado del grupo, parecía ser muy selectiva en poner atención sólo a la voz de su cuidadora directa. En ella se puede mencionar que fue la plastilina junto con la témpera los materiales que mejor sensación le provocaban manipular, según lo observado por los ArteTerapeutas. En el anexo numero 3, se muestra una imagen de su obra creada. Es muy interesante ver la diferencia creativa que se produce en relación a las dos imágenes mostradas anteriormente de los otros participantes.

En las actividades de carácter más lúdico participaba realizando movimientos repetitivos y estereotipados, su cuidadora daba a entender que esa era su forma de bailar y de interactuar con el entorno.

4.- MAR.

Paciente que se caracteriza por presentar una marcada verborrea un tanto mecanizada, donde repite constantemente el mismo patrón de pregunta frente a diversos temas.

Ella tuvo una participación que era desde la opinión, descripción y cuestionamiento de las actividades, más que de la ejecución de las actividades con materiales artísticos que se habían propuesto. Su constante expresión verbal es un factor que se nota muy presente dentro de la dinámica de interacción grupal y que contribuyó a marcar el setting en la estructura planteada, ya que era ella quien se acordaba del nombre del taller, de los talleristas y contestaba la gran mayoría de preguntas respecto a características generales de AT.

Con los elementos de carácter gráfico, presenta dificultades en la manipulación producto de su retraso psicomotor, esta conducta se repite en la gran mayoría de sesiones, donde Mar tiene una participación predominante desde lo verbal, y con dificultad para conectarse en la exploración de materiales artísticos.

Es complejo hablar sobre el desencadenamiento de su proceso creativo, ya que en todas las creaciones que realizó, siempre estuvo de trasfondo el alto nivel de mediación por parte de los ArteTerapeutas, porque de forma individual no se veía motivada por manipular elementos artísticos. Un material que le pareció bastante agradable fue la tiza pastel, en el anexo 4 se adjunta imagen asociada a sus creaciones.

5.- GAP.

Paciente muy introvertido, se percibe con bajo nivel de manifestar intención comunicativa, se observa distanciado del grupo y por lo general pasa escondido bajo la

mesa de la sala. Al mencionar su nombre mira por período de tiempo muy corto, no presenta lenguaje y al parecer su mayor vinculación es con una de las tías auxiliares de centro.

En el inicio del período de practica Gap sólo se quedaba bajo la mesa como era su costumbre, progresivamente fue teniendo un mayor nivel de conexión con los ArteTerapeutas, recibiendo materiales que éstos le entregaban.

En su proceso exploratorio se observa que uno de los materiales que le llamó mucho la atención fueron los “lápices pasteles”, se cree que la sensación pegajosa que va dejando a la piel es lo que capturó su atención ya que en una ocasión pasó toda la sesión destrozando un lápiz pastel que se le pegaba en las manos, todo eso bajo la mesa. Un hecho similar al descrito pasó con la exploración de la greda; no así con el uso de la tempera, esta no tuvo mayor interés por explorar. La actitud con que realiza la exploración de materiales es lo que se observa como proceso creativo, que difiere de los demás por estar siempre alejado de donde está el resto de los participantes, pero a la vez involucrado con la sensación que le provoca tener sus manos llenas de un material con textura granulosa.

Respecto a la relación con los ArteTerapeutas, se puede mencionar que ésta fue evolucionando de forma positiva, y el cambio se enfatizó aproximadamente desde la sesión seis en adelante donde comienza a mostrarse mucho más receptivo de las indicaciones, mejora el establecimiento de contacto visual y progresivamente se involucra en juegos de mayor interacción. En la imagen 5 se muestra como Gap manipula el material pastel.

6.- CARLOS

Paciente con un alto nivel de compromiso en varias áreas del desarrollo, no presenta lenguaje sólo emite sonidos silábicos simples. No se involucra en las actividades de exploración de materiales, en cierta medida “vive su propio mundo” un tanto más aislado del resto de los integrantes del grupo.

Durante el período de práctica fue muy difícil que este paciente realizara las actividades propuestas o que se evidenciara contacto a nivel conciente con alguno de los otros integrantes del grupo.

En este paciente se destaca un hecho que llama bastante la atención, porque es el único integrante del grupo que se observa una conducta tan repetitiva y mecanizada en su actuar, hecho que tiene relación con que durante el desarrollo de todas las sesiones Carlos tomaba dos palos de helado, uno en cada mano y los observaba por prolongados periodos de tiempo, haciendo pausados movimientos con distintas direcciones y siguiendo continuamente con la mirada. Sin duda que éste fue su forma de relacionarse con los materiales y específicamente con ese material, lo único que variaba sesión a sesión eran los colores de los palitos, en donde no era una elección consiente sino que se percibe que partía de una base de “tomar el primer par que encontraba”. En la imagen 6 se adjunta la actividad anteriormente descrita.

7.- MANU

Paciente que desde su condición presenta un alto nivel de compromiso en las diversas áreas del desarrollo, y en relación a los demás integrantes del grupo, se afirma que pasa a ser la más compleja y desconectada de cualquier interacción del entorno . Se percibe que su conducta durante el período de la práctica era bastante ida, inconsciente y sin señales de emitir intención comunicativa alguna.

Los materiales que se iban pasando para hacer el ejercicio de exploración, sólo eran llevados a la boca, por movimientos mecánicos casi involuntarios sumado a la presencia de sialorrea permanente. Su proceso creativo fue un tanto imperceptible a nivel de exploración de materiales y de juegos de interacción. Un cambio que se puede evidenciar por su parte, es que al final del proceso mantenía por un mayor período de tiempo la mirada, y para despedirse facilitaba parte de su rostro para recibir un beso. En la imagen 7, se muestra a este paciente.

2.4.4 MATERIALES.

Partiendo de la base que es importante que los pacientes manipulen diversos tipos de materiales, por un lado para identificar características y propiedades y por otro lado para conocer cómo es la propia reacción personal del paciente con materiales determinados, es que se programa que la practica brinde la oportunidad de explorar y experimentar diversos tipos de elementos artísticos.

A continuación se describen las sesiones de práctica con el material predominante de trabajo y algunos datos importantes de destacar frente a la experiencia.

Sesión	Materiales de trabajo	Experiencia percibida.
1	Cintas de papel crepé de colores.	En la primera toma de contacto con el grupo, se realiza una intervención de carácter más lúdico. A través del movimiento con cintas de colores se invita a los participantes a involucrarse en la actividad. Se percibe buena recepción por parte del grupo. (anexo imagen 8)
2	Gráficos: - lápices de cera, colores de madera, scripto, plumones.	Esta sesión, comienza a cumplir la estructura de setting planteada. Se identifica a los participantes que tienen mayor independencia en el manejo de materiales y quiénes necesitan más mediación. Los materiales más utilizados fueron los lápices scripto y de cera. Anexo 9 de imagen (Anexo imagen 9)
3	Gráficos: - tiza pastel, tiza, lápices de cera, scripto, plumones.	Sesión en la cual se comienza a enfatizar más la forma de participación de cada integrante dentro del grupo. En el uso de materiales por primera vez Gap muestra una participación mas activa, escondido bajo la mesa con tiza pastel

		que manipuló constantemente hasta deshacerla entre sus manos.
4	Pictóricos: - tempera, pinceles, rodillos.	Primera experiencia en donde se utiliza tempera, aquí se destaca la participación que tuvo FELI, quien de forma muy placentera manipula el material no teniendo conciencia de límite alguno en la manipulación. El resto del grupo se involucra de forma más pasiva. Sin duda que fue bastante intensa la experiencia de esta sesión. (Anexo imagen 10)
5	Tridimensionales: - escarchillas, lentejuelas, pegamento, palos de helado.	Se escogen materiales que presentan mucho brillo en diferentes colores, a la mayoría de los participantes les llama la atención. Un grupo manipula sentado alrededor de la mesa (Feli, Ben, Mar, Lau) y el resto en los espacios laterales. Gap manipula el material sentado en el suelo y se percibe un tanto más conectado que en las sesiones anteriores. Carlos comienza a manipular el par de palos de helado, hecho que se repite en varias sesiones; Manu está presente pero no se evidencia manipulación y exploración de ningún material. (Anexo imagen 11).
6	Tridimensionales: - plastilina, greda.	Sesión en la que se evidencia un alto nivel de participación por la gran mayoría de pacientes. Alrededor de la mesa principal manipulan bastante motivados la greda, y el que quiere plastilina. Se destaca en Lau su gran prolijidad de exploración del material, realizando en su creación una secuencia de las mismas formas. Feli, tiene un comportamiento bastante tranquilo

		<p>y conectado al manipular la greda al igual que Ben. Gap también logra interesarse bastante en la manipulación de la greda. A Manu, se le debe quitar en ocasiones ya que sólo se la lleva a la boca y Carlos sigue manipulando el par de palos de helado. En síntesis es una muy buena sesión en cuanto a la participación y comportamiento. (Anexo imagen 12)</p>
7	<p>Imágenes. Diversas fotografías obtenidas de diarios y revistas.</p>	<p>En esta sesión se decide llevar muchas imágenes recortadas desde diarios y revistas para que los participantes las usaran en su obra y percibir lo que sucede con la observación de imágenes. Sin duda que fue Lau quien mejor recepcionó la propuesta, el resto de los participantes optó por materiales más conocidos de tipo gráfico. (Anexo Imagen 13)</p>
8	<p>Libre. - lápices scripto, plumones, tiza pastel, plasticina, escarchas.</p>	<p>En esta sesión se decide hacer un ejercicio más libre poniendo a disposición de los pacientes, una amplia gama de materiales ya utilizados en las sesiones anteriores. Hasta la fecha se identifica que Mar tiene un bajo nivel de contacto con los mismos, y hasta esta jornada de práctica ha sido la tiza pastel el elemento artístico que ha tenido mejor recepción de su parte. El resto de los participantes mantuvo tendencias ya vistas en ocasiones anteriores. El resultado de esta actividad fue bastante positivo y permitió verificar que el grupo progresivamente estaba marcando con mayor relevancia el sentido de setting. (Anexo Imagen 14)</p>

9	<p>Pictóricos :</p> <p>Temperas, acquarelas, rodillos, pinceles, brochas.</p>	<p>Segunda ocasión en que sólo se trabaja con materiales pictóricos, sin duda que fue bastante más organizada que la primera, los pacientes que prefieren este material (Feli, Ben, Lau) tuvieron una participación bastante adecuada al contexto, logrando expresarse a través del material de forma obediente, sin sobrepasar límites, ni molestar a terceras personas. (Anexo Imagen 15)</p>
10	<p>Tridimensionales:</p> <p>- conos de papel higiénico, cajas, goma eva, esponja, cola fría, escarchas, papel crepé, celofán.</p>	<p>Sesión que se caracteriza porque cada uno de los participantes elige un material que manipula de forma bastante perseverante a excepción de Mar, quien tiene una participación de tipo más verbal. En concreto se observan menos obras que las ocasiones anteriores, pero sí se ve un mayor juego con el material, en el sentido de moverlo, tirarlo y desplazarlo en diferentes direcciones. (Anexo Imagen 16)</p>
11	<p>Libre:</p> <p>Palos de helado, lápices de cera, tiza, tiza pastel, papel, cartulinas, cajas de fósforo, pegamento, escarchillas</p>	<p>Tomando la experiencia de dejar a disposición de los participantes un amplio grupo de materiales de diversa naturaleza, se repite esta experiencia teniendo buena aceptación y se destaca que los pacientes son muchos más receptivos de aceptar un acompañamiento en el juego creativo que realizan con los elementos artísticos. Mar decide cantar una canción durante el desarrollo de la sesión, provocando un total y absoluto silencio dentro del grupo que atenta la escuchaba. (Anexo imagen 17)</p>
12	<p>Pictóricos :</p> <p>Temperas, rodillos,</p>	<p>Ultima sesión en la que se explora con materiales pictóricos. Llamó bastante la</p>

	brochas, pinceles, soportes de cartulina	atención cuando Feli comenzó a estampar sus manos con tempera sobre el soporte, fue ayudado con rodillo y su expresión era muy placentera en la manipulación de este elemento pictórico, posteriormente Ben realiza la misma acción. Carlos reitera la manipulación del par de palos de helados, Manu no interactúa con materiales, Gap comienza a seguir una rutina de juego con la pelota de colores que se identifica como su elemento de apego y Mar conversa sobre diversos temas y canta. (anexo Imagen 18)
13	Tridimensionales: - Globos.	- sesión que se caracterizó por ser bastante lúdica y con presencia de variados ejercicios de movimientos corporales utilizando los globos. La mayoría de los participantes se observaban muy entretenidos, risueños y con un evidente sentir de disfrute a excepción de Mar, quien expresaba que no le gustaba jugar con globos. Ya se comienza a anunciar a los participantes del grupo que quedan pocas sesiones para terminar el taller. (Anexo imagen 19)
14	Tridimensionales: Juguetes infantiles pequeños como autos, camiones, figuras humanas.	Sesión donde se utilizan materiales antes no trabajados y que para un par de pacientes eran de uso cotidiano. Se observa que Feli organiza los elementos en un juego bastante simbólico y el resto los manipula de forma más mecánica. Nuevamente se vuelve a recordar que quedan pocas sesiones del taller. (Anexo imagen 20)
15	Pintura corporal - lápices de maquillaje	Sesión en la que se ausentan tres de los participantes del grupo, y con los pacientes que

	corporal.	asisten se le da un lineamiento bastante lúdico a la actividad. Se observa que la pintura corporal comienza a causar un poco de extrañeza en los participantes, progresivamente aceptan pintarse por terceros, pero ellos mismos no pintaron sus brazos o caras que fueron las partes del cuerpo más utilizadas en la actividad. Al término de la sesión se retiran con el maquillaje corporal, lo que causo sorpresa para muchos padres. (Anexo imagen 21)
16	Observación de obras.	En la última sesión se realiza una compilación de las obras creadas por los pacientes y se exponen alrededor de la sala donde durante todo el tiempo se desarrollo el taller. Se observa que al parecer los pacientes no recuerdan sus propias creaciones pero si se perciben bastante felices cuando a cada uno se le menciona con un aplauso por su participación. En síntesis fue una jornada bastante emotiva para los talleristas, colaboradores y tías asistentes. (Anexo imagen 22)

2.4.5 ETAPAS.

La organización general de esta práctica de AT, se subdividió en las tres etapas que se plantean en el marco teórico y que a continuación se presentan características y hechos sucedidos en cada una de ellas.

Etapa de Inicio

Esta primera parte contempló las primeras cinco sesiones y las acciones que se realizan están en función de:

- a) Tomar contacto directo con el grupo, el espacio y las personas que participan como apoyo de la sesión (dos tías auxiliares del centro y la apoderada Alejandra Sanchez).
- b) Se definen los objetivos generales de la intervención con este grupo.
- c) Se define la forma de marcar el encuadre, creando una estructura de intervención para cada sesión.
- d) Se retroalimenta información con el personal del centro, respecto a cómo ven a cada uno de los participantes del grupo.

Etapa Intermedia.

Esta fase central contempló desde la sesión seis hasta la sesión número doce, fue el período de mayor duración dentro de la práctica y se caracterizó por la presencia de los siguientes elementos:

- a) Existencia de mayor vinculación con cada uno de los participantes del grupo, tías auxiliares y apoderada colaboradora, por tanto se programa mejor el tiempo, duración y dinámica de intervención en cada sesión.
- b) Mejor conocimiento de las características y condiciones personales de los pacientes, producto que se revisan las fichas clínicas de cada uno, esto implica una mayor comprensión de la situación individual en función de los antecedentes recopilados.
- c) Se realiza exploración de materiales no vistos en la etapa inicial, y se da espacio a realizar sesiones con un alto grado de libertad en el uso de materiales favoritos de cada paciente.

- d) Mayor cercanía, y presencia de intención comunicativa con cada uno de los participantes. Se realizan juegos que favorecen la integración grupal, en la medida que cada participante logra percibir desde su realidad, la existencia de otro en el mismo tiempo y espacio.

Etapa Final.

Última etapa que contempla desde la sesión número trece hasta la sesión número dieciséis. En esta fase que tiene como fin dar término al proceso desencadenado con el grupo, se registran los siguientes hechos:

- a) Se recuerda a los participantes que van quedando pocas sesiones para que se termine el taller. Hecho al que el grupo no da ninguna respuesta en función de lo planteado.
- b) Se decide utilizar en esta etapa final, elementos artísticos diferentes a los presentados en las sesiones anteriores, por eso se opta por globos, juguetes y pintura corporal, lo que dio pie a que se realizaran sesiones de cierre bastante lúdicas y con buena respuesta por parte de los participantes.
- c) Se recolectan todas las obras realizadas por cada uno de los participantes, y se exponen el último día de sesión, con la intención de evaluar si lograban recordar cada una de sus creaciones.



CAPITULO II : ESTUDIO DE CASO.

3. ANALISIS DEL PROCESO ARTETERAPEUTICO

3. ANALISIS DEL PROCESO ARTETERAPEUTICO.

En esta sección final del estudio de caso se realiza un análisis que se basa en conjugar los elementos teóricos recopilados en el marco y su presencia o validación con la experiencia de práctica desarrollada y que ya fue descrita en la sección anterior.

Dicho análisis será mirado desde tres enfoques principales que tiene relación con:

- a) Validación de la definición de AT utilizada para este estudio de caso.
- b) Análisis individual de obras desde la evolución plástica y desencadenamiento del proceso creativo.
- c) Presencia de elementos propios de la disciplina Arteterapeutica, en la intervención de PcD severa.

Es importante mencionar que durante la planificación de las intervenciones, siempre se tuvo como premisa lo relevante que es poder “adaptar al contexto” los diferentes métodos y técnicas propias de AT que se describen en la teoría, con el fin de poder entregar una intervención pertinente a la realidad del grupo de PcD severa.

3.1 Validación de la definición de AT.

Como se plantea en el Marco Teórico de esta monografía, la definición de AT que se utiliza y que se considera adecuada al contexto donde se desarrolla la intervención Arteterapeutica, es una composición basada en las miradas propuestas por la Asociación Española y Británica de ArteTerapia, donde de la primera se destaca como relevante: la valoración explícita de la expresión artística como forma comunicativa alternativa a la palabra; Y de la segunda, la no necesidad por parte del paciente de tener experiencia previa o formación en arte.

Para analizar el nivel de pertinencia que tiene esta definición para el contexto del estudio de caso, se decide fragmentar en oraciones el concepto total presentado y desde ahí realizar el ejercicio de examinar comparativamente la teoría con los hechos experimentados en la experiencia de práctica, por tanto se obtiene que:

- En la primera oración se menciona a AT como *“una profesión del ámbito asistencialista”*, hecho que no coincide con la realidad nacional ni del contexto del estudio de caso ya que en nuestro país, AT no es una profesión, sino una especialización que lleva muy poco tiempo desde su génesis formativa en Chile.
- En segundo lugar se menciona que AT *“se caracteriza por el uso de medios y procesos artísticos para ayudar a contener y solventar los conflictos emocionales o psicológicos de las personas”*, en este aspecto si existe una validación en relación a la experiencia de práctica, ya que a través del uso de materiales artísticos los pacientes de este grupo de PcD dejaron impresa su biografía personal en cada una de sus exploraciones; y este hecho a su vez se complementa con una visión mayor desde la teoría de la disciplina Arteterapeutica que tiene relación con fundamentar la intervención desde la mirada de *“el arte como terapia”*, lo que implica que favorece la estructuración en la obra de la representación, tal como se plantea en el marco teórico.
- En tercer lugar se plantea que *“En AT el proceso de creación artístico y los objetos resultantes actúan como intermediarios en la relación terapéutica, permitiendo que determinados sentimientos o emociones conflictivas encuentren vías de expresión complementarias o alternativas a la palabra”*, como se plantea en la descripción de los pacientes que conforman este grupo de práctica, todos presentan dificultades a nivel de lenguaje y expresión verbal, por tanto es la obra creada a quien se le atribuye un doble valor que por un lado compone el *“triángulo terapéutico propio de la disciplina de AT”* y por otro lado pasa a ser una clara y evidente *“vía de expresión alternativa a la palabra”*.

- En cuarto lugar se desprende que *“Los campos de aplicación del arteterapia se extienden a la salud, la educación y la asistencia social”*. Hecho que es totalmente válido al plantear que la experiencia de práctica se desarrolla en un Centro de Rehabilitación donde los pacientes son atendidos por profesionales especialistas del área de la salud y la educación.
- Finalmente el aporte de la definición Británica expone que *“no es necesario que el paciente tenga experiencia previa o formación en arte para ser partícipe de esta forma de terapia”*, requisito que cumplen los pacientes participantes del grupo, ya que no existen antecedentes en ninguno de ellos de haber tenido algún tipo de formación u experiencia artística como línea formativa.

En síntesis de este primer análisis se concluye que: “la definición basada en la complementación de dos conceptualizaciones si es pertinente al grupo con el cual se desarrolla la práctica en la mayoría de sus propuestas, a excepción del primer punto donde se plantea a esta disciplina como una profesión”.

3.2 ANALISIS DEL PROCESO CREATIVO Y OBRA CREADA.

Esta segunda sección del análisis de la obra se realizará desde la “evolución individual de las obras y creaciones” que tuvo cada uno de los integrantes del grupo, reiterando que a pesar de realizar la intervención Arteterapéutica en un grupo de individuos, el nivel de interacción que se evidencia entre ellos es tan bajo que se les atribuye el nombre particular de “el grupo no grupo”. El orden de las presentaciones está en función del criterio de mayor a menor nivel de participación en las actividades.

a) FELI.

Respecto a este paciente se puede comentar que durante las sesiones de intervención Arteterapéutica, logró participar de la mayoría de las actividades propuestas, sobre todo en las de su mayor interés, expresando en estas un notorio estado de disfrute, desde lo que se podía leer a nivel no verbal (risas y gestos amables). El material preferido a utilizar en la exploración fue sin duda alguna “la ténpera”. A modo de síntesis analítica respecto a su proceso y obra se puede destacar que:

- Se evidencia una evolución positiva en el proceso de exploración y conexión no tan sólo con los materiales sino también con los Arteterapeutas.
- En el trasfondo teórico que la ténpera como elemento artístico tiene se menciona que éste material pictórico se caracteriza porque su nivel de control varía entre el rango bajo y medio, hecho que puede o no ser indicio de las necesidades de control que Feli presenta en sus actividades de rutina y vida cotidiana.
- En la forma cómo manipula los materiales se observa que en un inicio este hecho lo hace en forma desmedida y sin límites llegando a causar sensaciones de stress en las tías auxiliares. Sin embargo, en la medida que avanzan las sesiones, logra tener una evolución en la que sí se percibe una forma

exploratoria más controlada y consciente del quehacer. (en el anexo n°23 se muestran imágenes alusivas a su evolución plástica.)

Un hecho que es importante destacar con respecto a este paciente, es que para navidad del año pasado sus padres le obsequiaron un atril con tela y pinturas de diversos colores para que pudiera expresarse a través del arte. Hasta la fecha no se tiene claro si esa situación es producto de las actividades vividas en la práctica de AT, o sólo azar. Lo relevante es que continuará creando con sus materiales favoritos.

b) BEN.

Paciente risueño, colaborador y muy sociable que disfrutó mucho la intervención Arteterapeutica realizada, no sólo desde lo observado, sino también desde la información que aportaron las tías auxiliares. A pesar de tener un complejo trastorno psicomotor que le provocaba constantes temblores corporales que dificultaban la manipulación de objetos de tipo fino, se destaca que Ben participó activamente de las sesiones, y al igual que Feli, fue la témpera el elemento favorito en su exploración. De su obra se puede afirmar que:

- Las creaciones en donde utiliza la témpera como principal material son bastante similares en el uso del color y forma expresiva que presentan, independiente del número de sesión en la cual se realizó. La creación de estas obras por lo general estuvo acompañada de la utilización de elementos como pinceles y esponjas, no se evidencia algún nivel de simbolización o representación metafórica en su obra creada, sino que se considera como una “huella inherente a su forma de expresión”; Se percibe motivado, pero con un bajo período de atención en la actividad.
- En las ocasiones en que exploró con materiales gráficos como cera y grafito fue menor el tiempo que permaneció en la actividad. Se hipotetiza que la dificultad de manipulación de ese tipo de material de control alto es debida a su trastorno

psicomotor y la existencia de constantes temblores corporales que le complejizan el control de sus manos.

- Son destacable los niveles de participación que presentó en las actividades de tipo más lúdica, donde es el baile espontáneo una de sus principales fortalezas a nivel de ejercicios de expresión.

A modo de síntesis general sobre el proceso creativo, la obra creada y los niveles de participación durante el período de práctica, se puede afirmar que : la intervención Arteterapeutica permitió que Ben utilizara el espacio, como un espacio creativo que favoreció su capacidad expresiva a través del movimiento corporal y la utilización de materiales artísticos en la creación de obras plásticas. (en el anexo nº24 se muestra parte de su obra).

3) LAU.

Paciente que es la de mayor edad dentro del grupo (más de treinta años),ella asiste al centro de rehabilitación sólo con el fin de participar de las sesiones de AT, con respecto a su obra se puede decir que:

- Se muestra muy receptiva a la exploración y manipulación de los diferentes tipos de materiales que se presentaron en cada una de las sesiones, este buen nivel de recepción provoca que se haga más complejo identificar cuál es el material de trabajo que mas le acomoda. Realizó creaciones con témpera, plasticina, imágenes, lápices, escarchas y otros.
- Presenta una característica muy particular en relación al resto de los integrantes del grupo, y es la prolijidad y delicadeza con el que explora los materiales, creando formas bastantes limpias, ya sea a nivel bidimensional o tridimensional. Desde lo aportado por la cuidadora directa que acompaño a Lau a las sesiones se obtiene como información que ella es una persona con un alto nivel de estructuración en su rutina cotidiana, con esquemas mentales bastante rígidos. Por tanto se asume que el hecho de que sus obras sean minuciosas en el acto

creativo, es reflejo de la forma en cómo Lau, percibe y procesa la información proveniente del entorno. (en el anexo N°25 se muestra una de sus principales creación que fue con plasticina)

4) MAR.

Sin duda alguna que esta paciente aporta mucho desde su condición personal a la identidad que toma el grupo. Verbalizar constantemente todo lo que percibe por parte del entorno y la información que además procesa es la principal característica de Mar. Respecto a su obra se puede comentar principalmente que:

- No se identifica ningún material de los explorados como su favorito, o que por el contrario le haya causado un desagrado en la manipulación.
- En el registro de sesiones se tiene en antecedente que el material más manipulado y con el cual pudo realizar sus creaciones, a pesar de existir un alto nivel de mediación en dicha obra, fue la tiza pastel. Realizando trazos pequeños bastante mecanizados en el movimiento sin consideración del espacio total del soporte, sólo se enfoca a utilizar un espacio mínimo que va sobre rayando.
- No existe registro de creaciones realizadas con témperas, acuarelas, escarchillas u otro material tridimensional, ya que la participación activa de Mar en la manipulación fue bastante baja, pero a nivel de verbalizar es la más alta, y aparte la única que lo podía hacer de forma más clara y por un período mayor de tiempo. En un par de ocasiones se logra identificar que el cantar es considerada una de sus principales fortalezas expresivas, cuando realizó este ejercicio provocó un cambio “mágico” en el ambiente donde todos se calmaron y escucharon con atención. (en el anexo n°26 se muestra parte de su creación).

5) GAP.

Paciente muy introvertido en su comportamiento, que durante las primeras tres sesiones su interacción con los ArteTerapeutas fue bastante escasa. No presenta lenguaje y progresivamente se fue conectando con los Arteterapeutas desde una dinámica un tanto lúdica en triangulación con el elemento que más le llamaba la atención “la pelota transparente con bolitas de colores”. Respecto a su obra se puede mencionar que:

- Presenta un bajo nivel de intención de explorar los materiales artísticos expuestos a pesar de la mediación de apoyo que recibe por parte de los Arteterapeutas y adultos participantes del taller. Aun así se identifica la tiza pastel y la greda como los elementos con los cuales permaneció mayor tiempo en la actividad de manipulación.
- Respecto a la forma en cómo se conecta con estos materiales se puede afirmar que en el caso de la tiza pastel lo realizó escondido bajo la mesa, y aplicando un poco de presión al contacto de los dedos con la tiza, lo que provocó por un lado que esta se fuera deshaciendo entre sus manos y cayendo al suelo en forma de migajas de pan, y por otro lado que el material se le fuera pegando en los dedos notando la sensación de que estos no estuvieran limpios como de costumbre. Un hecho similar sucede cuando Gap realiza el ejercicio de exploración de la greda, la diferencia con esta es que la podía descomponer y volver a juntar y sus dedos quedaban igual de sucios. Las sensaciones provocadas por ambos materiales se pueden asociar con las afirmaciones que se plantean en el marco teórico por el autor Tustin cuando habla de los “objetos autistas”.
- En las actividades de tipo lúdico, Gap no daba ninguna señal de interacción, progresivamente esta situación fue cambiando y a través de sus objetos preferidos de juguete se fue creando un vínculo con esbozos de intención comunicativa, la que estaba dada porque ya mantenía un mayor contacto visual

y buscaba para jugar con su pelota. (en el anexo n°27 se muestra parte de la obra de Gap).

El poder participar de estas sesiones, para Gap fue un hecho muy beneficioso, ya que se estimulo su habilidad de interaccion y presencia de intención comunicativa.

6) CARLOS

Paciente con diagnostico clínico del espectro autista, asociado a otras dificultades nerviosas y degenerativas. Desde su condición pareciera estar en un estado de ensimismamiento constante, y da la impresión que a los elementos presentes en el entorno cotidiano no le atribuye ningún valor. En el análisis de su obra se puede ver una falta de interacción bastante alta con el resto de los participantes del grupo, los terapeutas a cargo de la intervención, los materiales artísticos propuestos y las actividades lúdicas realizadas. Sin duda alguna que el hecho más relevante de destacar en este paciente tiene relación con la “rutina mecanizada de participación” que desarrolló durante todas las sesiones y que consistía en “jugar con una tapa blanca de lápiz scripto jumbo” acostado en el suelo de la sala lanzándola y recogiénola durante largos períodos de tiempo y manteniendo un marcado ritmo en el juego, para posteriormente pasar a elegir dos palos de helado naturales o de color que observaba de forma constante y que luego empezaba a mover lentamente sin dirección alguna. Este hecho, al igual que el caso anterior, se puede asociar teóricamente a lo relevante que pasan a ser los “objetos autistas” donde no existe una real conciencia de la manipulación de estos objetos y donde los pacientes pasan a sentir que el objeto es una prolongación de su propio cuerpo, según lo planteado por Tustin (1987). (en el anexo n°28 se muestran imágenes alusivas al análisis).

7) MANU

Paciente con un alto nivel de compromiso en la mayoría de las áreas del desarrollo, si bien estuvo presente en la mayoría de las sesiones realizadas el nivel de participación activa que presento durante todo el proceso fue el mínimo.

Su nivel de interacción sólo se reduce a que estuvo presente y miraba lo que sucedía en el entorno, pero nada podía afirmar que esa mirada tenía de trasfondo un procesamiento de la información que recolectaba del medio. Todo el material entregado para la exploración era llevado a la boca y producto de su sialorrea, todo se llenaba de saliva, corriendo hasta cierto nivel de peligro en que se atorara con cualquier elemento. En él se podía percibir que su compleja situación de epilepsia refractaria, sumado a lo fuertes medicamentos para mantener el control de la misma, provocaban que Manu se viera en un alto estado de inconsciencia y desconexión de la realidad; se hipotetiza que se encontraba inmerso en su propio mundo, en el cual es bastante complejo por no decir imposible entrar. (en el anexo n°29 se complementa el análisis presente)

Como resumen general del análisis realizado a nivel de valorar el proceso creativo y la obra plástica de este particular grupo, se puede afirmar que en algunos de ellos fue más evidente la evolución plástica representada en sus obras, así como en otros la participación tuvo un carácter más pasivo, de todas formas esta intervención se sigue mirando como una terapia de arte individual realizada en varias PcD severa a la vez.

Los beneficios en los participantes de esta intervención Arteterapéutica que se logran distinguir de acuerdo a sus posibilidades, luego de cerrado el proceso son:

- Evolución positiva hacia la postura de límites.
- Fomento de la capacidad expresiva a través del uso de medios artísticos.
- Recreación metafórica de las estructuras de representación de la realidad.
- Mayor presencia de intención comunicativa y establecimiento de vínculo terapéutico.

3.2 PRESENCIA DE ELEMENTOS PROPIOS DE ARTETERAPIA

Como último punto relevante dentro del análisis de proceso de la intervención de Arteterapéutica en el centro de rehabilitación Manantial, se destaca el

identificar qué elementos característicos propios de esta disciplina estuvieron presentes en dicho período. Por tanto se puede afirmar que:

- Respecto al tema del Setting o espacio terapéutico, sí se declara la existencia de un espacio marcado para la terapia, la salvedad radica en que la instauración de este espacio propio tuvo que ser adaptada desde lo que plantea la teoría a una forma en que las PcD severa participantes del grupo pudieran interiorizar el contexto Arteterapeutico dentro de sus estructuras de representación de la realidad y esquemas organizativos. Por tanto se concluye que “la capacidad de adaptación del contexto Arteterapeutico a la realidad de los pacientes con los cuales se interviene, debe ser un factor importante a considerar, mas aún en situaciones cuando se desarrollan experiencias con un grupo bastante simbólico de lo que es la diversidad humana”.
- A nivel de Triangulo Terapéutico, se puede afirmar que los elementos obra, paciente y terapeuta conforman una triada en la cual es complejo atribuir valoraciones en forma individual a estos componentes individuales, y en vista de esta experiencia de intervención se considera pertinente declarar que “los tres elementos tienen un valor bastante uniforme, y que al interactuar con PcD severa que presentan dificultades evidentes en el área lingüística y baja intención comunicativa, la obra pasa a ser un gran puente comunicativo”
- Dentro del aspecto de verificar la presencia de procesos creativos, se puede afirmar que esta sí se evidenció, aunque de forma un tanto heterogénea dentro los participantes del grupo. Esta diferenciación está dada por la forma de desencadenar sus procesos creativos, ya que algunos lo hicieron a través de los materiales y otros a través del juego espontaneo; se aclara que esta última opción sí es considerada proceso creativo, porque como se fundamenta en la revisión teórica el juego pasa a ser una de las bases de los estados creativos que se desencadenan en posteriores procesos.

- De los materiales artísticos se puede declarar que en su función de ser considerados el medio que permite la expresión plástica en el contexto arteterapeutico, éstos deben “ser siempre elegidos de la forma más pertinente a la intervención, según las características de los pacientes”. Así es como se pudo comprobar en el caso de la experiencia desarrollada con personas que presentan un alto nivel de compromiso en las diversas áreas del desarrollo.

Para finalizar esta sección del capítulo y a modo de realizar una macro síntesis de la experiencia, se afirma que:

- Sí fue pertinente para este contexto conjugar dos definiciones internacionales de AT, que se complementaron en aspectos bastante relevantes y atingentes para el contexto de trabajo con un grupo de PcD severa.
- Desde la complementación teórica y práctica de la experiencia, se acepta que si existe un proceso Arteterapeutico en la mayoría de los pacientes del grupo. La salvedad que es importante destacar está dada en que la dinámica existente durante la intervención fue la equivalente a atender a siete casos con AT en forma individual, más que realizar terapia de arte a un grupo de personas.
- Para una puesta en práctica exitosa de los elementos propios de AT, es importante que el ArteTerapeuta considere dos factores de trabajo que son la flexibilidad y la adaptación. Flexibilidad en el sentido de ser tolerante a los cambios y a las expectativas puestas en una situación; y adaptación en relación a la capacidad de adecuar los métodos y técnicas propios de la disciplina, en función de la pertinencia al individuo o grupo de trabajo con una real respuesta a sus necesidades.

4. CONCLUSIONES

En esta sección ya se establecen las líneas finales que dan cierre a este estudio de caso, donde es importante distinguir cuales fueron los alcances y limitaciones identificadas en el desarrollo de esta exigente experiencia.

Como primer paso para conocer las fortalezas de esta experiencia se verificará si los objetivos de trabajo tanto generales como específicos fueron cumplidos. En este sentido hay que recordar que las metas específicas propuestas en la intervención tienen relación con:

- a) Abrir un espacio para las PcD severa destinado a vivenciar la experiencia de contacto con diferentes materiales artísticos.
- b) Permiten la expresión personal en el trabajo con materiales.
- c) Estimular la capacidad comunicativa y de interacción entre los pacientes y el terapeuta.

Del primer punto se afirma que los pacientes del Centro de Rehabilitación Manantial, si tuvieron un espacio abierto a la exploración y vivencia de contacto con materiales artísticos pertenecientes a las diferentes clasificaciones. Esta situación no solo queda demostrada en la descripción y análisis realizados en los apartados anteriores, sino que también se evidencia con las imágenes de apoyo al registro.

El segundo objetivo que plantea el tema de la expresión personal en el trabajo con materiales, se puede observar desde dos miradas un tanto distantes entre sí, donde la primera puede tener un sentido más concreto y afirmar que claramente en este grupo se percibe que hay una diferencia entre los participantes que actúan siempre activos versus los más pasivos, y que solo los de mayor independencia en la ejecución lograron expresarse a través del uso de materiales. La segunda mirada a esta situación puede tener un sentido más ecológico y entender que la forma en cómo

cada paciente se relaciono con el material, es su propia forma de expresión con el mundo, no estableciendo diferencias entre activos y pasivos. Desde lo personal creo más en la segunda visión, que acepta el proceso, al propio ritmo como el paciente se va desencadenando; por tanto desde esta posición se resume que cada participante expresó su vivencia en el uso de materiales de la forma en cómo la dualidad del ambiente con la condición personal, han permitido que se exprese.

Y en el último objetivo específico que tiene relación con estimular la capacidad comunicativa y de interacción entre el paciente y el terapeuta, se logra evidenciar que ya en la parte final del proceso de intervención la mayoría de los pacientes si había mejorado su capacidad de interacción con los ArteTerapeutas. Los dos pacientes que presentan los diagnósticos más complejos, estuvieron igual de presente en todas las sesiones y su forma de contacto con el mundo es así, en ningún sentido pasa porque hayan excluido a los ArteTerapeutas de su interacción.

El hecho de que en gran parte los tres objetivos específicos se cumplan, implica que es bastante probable que los generales también lo hagan, ya que metodológicamente los objetivos específicos pasan a ser desgloses más finos de la idea general. Por tanto se puede decir que este grupo de pacientes si logró tener una experiencia de exploración de materiales en un contexto ArteTerapéutico. El segundo objetivo general es bastante más complejo de evidenciar, ya que plantea el establecimiento del vínculo terapéutico para favorecer la capacidad comunicativa y desde ahí la interacción entre los integrantes del grupo. Quizás a nivel de vínculo terapéutico si se puede afirmar que este se dio, pero al hablar de interacción entre los participantes del grupo es bastante complejo en relación al tiempo de duración de la intervención.

Al sacar el producto que se obtiene de la unión de AT y PcD severa, afirmo fielmente que es una relación con resultados positivos, ya que una vez más se comprueba en el ejercicio la propiedad de “transversalidad” que tiene la expresión artística como fin en sí misma. Este valor sin duda que es mucho máspreciado cuando dicha transversalidad impacta positivamente a un grupo de personas que por su condición natural de ser

humano, presentan capacidades diferentes a la mayoría de las personas; es en este contexto donde la intervención de AT, pasa a ser una llave que abre la puerta hacia una gran gama de posibilidades comunicativas.

Con esta experiencia de práctica se llega a la reflexión que muchas veces en el cotidiano se sobrevalora el “propio valor de la palabra” en un universo donde todos somos hablantes. Esta frase no se plantea con el fin de menoscabar la palabra hablada, sino que se estipula con el objetivo de no ser excluyente y contribuir a ampliar la mirada para darle un espacio de cabida y validación a la “expresión por medio del arte” como forma comunicativa que efectivamente cumple con el rol de “comunicar”; comunicar justo a quienes no son hablantes y quizás en ese sentido se encuentre la razón al cuestionamiento personal de porqué, las personas que en el cotidiano trabajamos por la inclusión y el respecto a la diversidad “sobrevaloramos el valor de la terapia de arte”.

Sin duda que el trabajar con PcD severa pasa a ser una experiencia muy rica en cuanto a la verificación de lo amplia y compleja que es la diversidad humana cuando se representa en un grupo tan simbólico como el descrito en esta monografía. Se espera que este interesante estudio de caso sobre el “grupo no grupo” pueda servir y ser considerado como aporte desde la teoría y desde la práctica al campo propio de la disciplina arteterapéutica, ya que en el camino de construcción de este texto, se evidencia una carencia dentro de la bibliografía especializada, que hable del trabajo específico entre PcD severa y AT.

BIBLIOGRAFIA.

ALLEN ,P. (1995), **Arte terapia: guía de autodescubrimiento a través del arte y la creatividad**. Gaia ediciones Madrid –España.

ARNHEIM, R. (1989) **“Nuevos Ensayos sobre Psicología del Arte”**. Alianza Editorial S.A., Madrid.

ARTETERAPIA. (2006) **“Papeles de Arte Terapia y Educación Artística para la inclusión Social”**. Publicaciones Universidad Complutense de Madrid. Vol.02, 2007/ Vol.03, 2008/ Vol.01.

CRAIG,Grace. (1997).**“Desarrollo psicológico”** editorial Prentice hall hispanoamericana México 7º edición.

CASE C. & DALLEY T. (1992) **“The Hand Book or Art Therapy”**, Editorial Tavistock/ Routledge Publication, London, 1992.

DALLEY, Tessa. (1987). **“El Arte Como Terapia”**. Editorial Herder Barcelona España.

DALLEY TESSA (1990). **“Images of Art therapy, New Developments in Theory and Practice**. Routled, London, 1990.

FLORES, Jesús. (2004). **“La nueva Dimensión, evocaciones sobre discapacidad”**. Ediciones Ars Médica, Barcelona España.

LOPEZ, Aliño. (2002) **“DSM IV: Manual Diagnostico y estadistico de los trastornos mentales”** American Psychiatric asociación ed. Española. Barcelona España.

LOPEZ, Marian y MARTINEZ, Noemí.(2006) **“Arteterapia, conocimiento interior a través de La expresión artística”** Ediciones Tutor. Madrid España.

OAKLANDER, Violet (1992) **“Ventanas a Nuestros Niños”**, Editorial Cuatro Vientos, Santiago Chile, 1992.

PAÍN, Sara. (1995) “**Una Psicoterapia por el Arte, Teoría y técnica**”.

Ediciones Nueva Visión.

RUBIN Judith.(1984) “**The Art of Arte Therapy**”, Brunner/ Mazel, Publishers.

New York.

SCHORN, Marta. (1999) “**Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente**”.

Lugar Editorial, tercera impresión 2008 Buenos Aires Argentina

TRINI, Silvia. (2008) “**El arte en el niño con capacidades diferentes**”. Ediciones Distal

Buenos Aires, Argentina.

TUSTIN, F. (1987) “ **Barreras autistas en pacientes neuróticos**”. Amorroutu editores,

buenos Aires. Argentina

WINNICOTT, Donald. (1991) “**Realidad y Juego**”. Gedisa Editorial, Buenos

Aires, 1991.

RECURSOS BIBLIOGRAFICOS EN LINEA.

- AMERICAN ART THERAPY ASSOCIATION. [en línea]
www.arttherapy.org/about.html,
Revisado el 20 de diciembre de 2009
- BRITISH ASSOCIATION OF ART THERAPISTS. [en línea]
www.baat.org/art_therapy.html
Revisado el 20 de diciembre de 2009
- http://www.fonadis.cl/glosario/index.php#ancla_D. revisada el 13 de enero de 2010. artículo ley N° 19.284.
- Lombroso CT. A prospective study of infantile spasms: clinical and therapeutic correlations. Epilepsia 1983;24:135-58. citado desde revista pediátrica online

pagina web [http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol74_2_02/ped09202.pdf]. Revisado el 15 de enero de 2010.

- Nixon,J. (1989) “cerebral tuberous sclerosis” MR imaging Radiology. Citado desde art. “esclerosis tuberosa” en pagina web [<http://www.ops.org.bo/textocompleto/rnsbp94330205.pdf>] Revisado el 15 de enero de 2010.
- Asociación Profesional de Arte Terapeutas de España. [en línea] <http://www.arteterapia.org.es/>. Revisado el 15 de enero de 2010
- Asociación chilena de Arte Terapia ACAT. [en línea] <http://arteterapia-chile.blogspot.com/> Revisado el 15 de enero de 2010

ANEXOS.

1. Imágenes de descripción de proceso creativo.

ANEXOS.

2. Imágenes de descripción de uso de materiales.

ANEXOS.

Imágenes de análisis de obra creada