



Universidad de Chile

Escuela de Posgrado

Facultad de Artes

Postítulo de Especialización en Arteterapia

Monografía para la Especialización de Postítulo en Terapias de Arte mención Arteterapia:

# Unificando realidades

Abordaje psicoterapéutico a través del arte en un caso de psicosis

**Autor:** Felipe Cares Villegas

Licenciado en Artes, mención Teoría e Historia del Arte

Universidad de Chile

**Supervisora:** Pamela Reyes

**Fecha:** Diciembre de 2014

## Resumen

El presente trabajo monográfico se basa en la observación de un caso clínico a la luz del Arteterapia; entregando una narrativa de la forma en que se fue creando esta experiencia desde la intersubjetividad. Hay muchas voces que se encuentran en este trabajo: la del estudiante en práctica, la del paciente, la de las obras, de las imágenes, los sonidos, los ritmos y los silencios. Todos estos elementos generan un cuerpo, un relato.

Es necesario además poder abarcar en este espacio de escritura, un estudio no tanto de la enfermedad (aunque resulta evidente que es lo que termina unificando el texto: un hospital de día, al cual asisten personas con una diversidad de trastornos y desórdenes mentales), sino también de la salud, es decir, de la potencialidad creativa de quien participa en este proceso. Es decir, cómo puede potenciarse la salud, en lugar de referirse constante y únicamente a una persona como alguien enfermo. Se debe observar desde la vereda contraria: desde la positividad que no muchas veces encuentra asidero en las teorías psiquiátricas o psicológicas, como plantea el Dr. Fiorini. Entender al individuo desde todo aquello que puede realizar y que puede potenciar, en lugar de concentrarse en aquello que no puede hacer.

Es importante mencionar que en este escrito se muestran las dudas, inseguridades, temores, certezas, y el trabajo continuo que se fue creando en conjunto con el paciente.

En primer lugar, el trabajo presenta un marco teórico, en el cual se muestra una definición de la práctica del Arteterapia, su aporte a la clínica y al trabajo en trastornos mentales, específicamente en la psicosis.

Finalmente se analiza el estudio de caso de J., a través del proceso creativo desarrollado sesión a sesión.

A continuación, se invita al lector a revisar una experiencia vivida en el hospital de día del Hospital Barros Luco Trudeau, y observar la manera en que este relato se va construyendo en un espacio de creatividad y salud.

## Índice

1. Marco teórico
  - 1.1. Arteterapia
    - 1.1.1. Breve historia del Arteterapia
    - 1.1.2. Arteterapia en Chile
    - 1.1.3. Definición de Arteterapia
    - 1.1.4. Arteterapia con adultos
  - 1.2. Rol del Arte Terapeuta
    - 1.2.1. Proceso y triángulo terapéutico
    - 1.2.2. Metodología en Arteterapia
  - 1.3. Psicoterapia de apoyo y el aporte de la clínica fenomenológica
  - 1.4. Aportes del arte contemporáneo al Arteterapia
  - 1.5. Sobre la psicopatología en cuestión
    - 1.5.1. La estructura de personalidad psicótica
    - 1.5.2. La esquizofrenia
  - 1.6. Arteterapia y Trastornos Mentales Severos
  - 1.7. Elección de enfoque y lugar de trabajo
2. Presentación de caso:
  - 2.1. Contexto de trabajo
  - 2.2. Primer acercamiento
  - 2.3. Antecedentes del caso
  - 2.4. Para iniciar el proceso Arte Terapéutico
    - 2.4.1. Motivo de consulta

2.4.2. Sobre la psicopatología en J.

2.4.3. Objetivo terapéutico

2.4.3.1. General

2.4.3.2. Específicos

3. Desarrollo de la terapia

3.1. Encuadre

3.2. Materiales y técnicas

3.3. Descripción y análisis del proceso Arte Terapéutico

3.3.1. Fase inicial

3.3.1.1. Descripción

3.3.1.2. Análisis

3.3.2. Fase intermedia

3.3.2.1. Descripción

3.3.2.2. Análisis

3.3.3. Fase final

3.3.3.1. Descripción

3.3.3.2. Análisis

4. Algunas conclusiones

5. Referencias

## **1. Marco Teórico**

### **1.1. Arteterapia**

#### **1.1.1. Breve historia del Arteterapia**

El Arteterapia tiene como antecedentes algunos movimientos de mediados del siglo XX, tales como: la crisis traumática de las guerras mundiales (la terapia individual resultaba poco eficiente y no era económica monetariamente), el auge de la propuesta psicoanalítica de Sigmund Freud, la influencia de la educación artística, las vanguardias artísticas y la crisis del modelo convencional en psiquiatría, realizado por un grupo de psiquiatras en un movimiento llamado antipsiquiatría, entre otros. Todos estos elementos fueron generando una propuesta, la cual sería más tarde sistematizada y aplicada en diferentes formatos de trabajo.

Como disciplina, se conforma a partir de los postulados de sus precursores, quienes buscaron la autonomía del Arteterapia, de la educación y de la psicoterapia tradicional. Margaret Naumburg y Edith Kramer, se cuentan entre las iniciadoras más destacadas del surgimiento de la disciplina, en los Estados Unidos. Provenientes de la educación y del arte, respectivamente, fuertemente influenciadas por las propuestas del psicoanálisis freudiano, generaron espacios y publicaciones que le fueron dando cabida a la práctica como una profesión independiente.

Así fueron generándose iniciativas (investigaciones académicas, publicaciones, formaciones universitarias) durante el tiempo, hasta que en la actualidad contamos ya con asociaciones de arteterapeutas, congresos internacionales especializados en el tema y formaciones de posgrado en diferentes universidades de Norteamérica, Europa y Latinoamérica.

En países como Estados Unidos e Inglaterra, el arteterapia es una profesión de la salud que presta servicios en espacios públicos de salud, acreditados y certificados por las autoridades ministeriales correspondientes.

### **1.1.2. Arteterapia en Chile**

En nuestro país, el Arteterapia aún es una disciplina medianamente desconocida por la mayoría, pero cuenta con iniciativas que han ido desarrollando su inserción en el campo profesional de las áreas de salud mental y psicosociales.

A mediados del siglo XX, el psiquiatra Rafael Torres, junto a un grupo de investigadores, se dedica a estudiar el valor terapéutico de algunas manifestaciones artísticas en el hospital psiquiátrico de Santiago.

En el periodo de 1955 a 1980, la profesora de arte Mimí Marinovic, logró insertar un conjunto de actividades que ligaban las prácticas de creación artística junto al psicodrama como intervención en la unidad de psiquiatría del Hospital Salvador. Ella fue reconocida más tarde por la American Art Therapy Association y por la Société Internationale de Psychopathologie de L'expression et D'art-Thérapie. (Serrano, 2008)

En lo que respecta a la formación para Arte Terapeutas, la primera escuela en impartirla fue la Universidad de Chile en el año 2001, con el Postítulo en Terapias de Arte con mención en Arteterapia, a través de la Facultad de Artes. Es importante destacar que el nacimiento de esta formación sea liderada por una universidad pública, la que actualmente cuenta con varias investigaciones y trabajos en conjunto con la Facultad de Ciencias Sociales e instituciones hospitalarias. Actualmente, existen varias casas de estudios que imparten cursos y diplomados afines. En el año 2012 nace el primer programa de Magíster en Arteterapia, impartido por una Universidad Privada.

La práctica especializada del Arteterapia en Chile, a diferencia de otros países de Norteamérica o de Europa, no es reconocida dentro del campo laboral formal, por lo que muchos de los profesionales que cuentan con los estudios de posgrado han debido añadir éstas prácticas en sus respectivos lugares de trabajo. Existen varias iniciativas que integran la utilización del Arteterapia, tanto en el sistema educativo (principalmente con profesores de artes visuales y profesores de educación básica) como también en centros de salud mental y hospitales psiquiátricos, a través de terapeutas ocupacionales y psicólogos.

### **1.1.3. Definición de Arteterapia**

Refiriéndose a la práctica del Arteterapia, Del Río y Sanz-Aránguez definen lo siguiente:

“En primer lugar habríamos de considerar que del primer término “arte”, el arteterapia toma lo concerniente al medio expresivo, al espacio en que se constituye y a los procesos que genera; y en cuanto al segundo, “terapia”, se refiere al ámbito psicológico, alude a procesos de transformación y cambio y se formula bajo objetivos psicoterapéuticos.

De esta manera el arteterapia se configura como una disciplina compleja, constituida a partir de la interacción de procesos vinculados a la creación y a la psicoterapia, no del solapamiento de sus aspectos calificativos: artísticos y terapéuticos. Una disciplina con entidad propia y claramente diferenciada de otras, con una fundamentación multidisciplinar, de raíz psicológica, filosófica, antropológica, psicoterapéutica, sociológica, estética, hermenéutica, lingüística, etc.” (Del Río, Sanz-Aránguez, 2010)

La presente monografía analiza las funciones y beneficios del arteterapia, en el ámbito clínico, específicamente en salud mental. Marián López y Noemí Martínez destacan la importancia del arteterapia en los hospitales psiquiátricos, mencionando la estimulación en la elaboración positiva de la autoimagen del paciente así como también poder desarrollar sus capacidades de concentración y atención. El arteterapia en la clínica, busca la forma de contener y acoger al paciente, para que éste pueda reflexionar y autobservarse, en un ambiente seguro. La funcionalidad del recurso artístico en un espacio terapéutico, puede ser observado desde dos aristas: el arte, como una forma de mediación entre terapeuta y paciente con el objetivo de generar una verbalización de la emocionalidad movilizada; o desde el análisis de la experiencia misma vivida con los recursos artísticos, de aquello relacional que ocurre con los recursos artísticos, de la construcción de un significado para aquella obra surgida en la presencia de un creador y un observador, que tal vez no pueda ser puesto en palabras, pero no por ello deja de ser real<sup>1</sup> (López, M. y Martínez, N., 2006).

Es importante destacar, que la formación especializada en arteterapia impartido por la Universidad de Chile, se plantea como una psicoterapia de apoyo. Este asunto será

---

<sup>1</sup> Los roles de creador y espectador de la obra, son compartidos entre el terapeuta y el paciente. Es necesario enfatizar en la bidireccionalidad de ambos roles, puesto que ambos pueden jugar los roles de creación o de observación. Es en este cruce flexible de construcción significativa en el cual se sitúa el Arteterapia.

abordado más adelante, en el apartado 1.2. Psicoterapia de apoyo y el aporte de la clínica fenomenológica.

#### **1.1.4. Arteterapia con adultos**

El adulto, en general, deja de relacionarse con la actividad artística desde su salida del sistema escolar. Es por esta razón que el punto esencial de ofrecer un tipo de terapia como esta, es la de poder ofrecerles un lenguaje complementario al verbal. La palabra hablada no se acota a una experiencia subjetiva o individual (hablar de la tristeza, no es hablar de **mi** tristeza), es universal. En el espacio Arte Terapéutico, la persona puede desarrollar su propio malestar subjetivo, con una forma única de expresión y manifestación. Es una forma que le pertenece solamente a quien crea dicha obra.

En el caso del trabajo con adultos, a diferencia de los niños, se encuentra muchas veces un bloqueo creativo, puesto que muchos de los participantes no han experimentado con materiales artísticos desde hace mucho tiempo. Es por esta razón que es necesario, por parte del Arte Terapeuta, incentivar el proceso creativo del paciente y así poder ir elaborando un discurso propio a través de los recursos estéticos.

### **1.2. Rol del Arte Terapeuta**

El Arte Terapeuta cumple una función de facilitador y sostenedor del espacio. Es quien ofrece al paciente materiales de trabajo artísticos, para que pueda ir experimentando con ellos en un ambiente seguro, dándole el tiempo para que pueda ir probando con ellos, equivocándose, reparando y volviendo a intentarlo, es decir, a diferencia de un profesor de arte, no le enseña a resolver las cosas, sino que deja que éste pueda frustrarse en la medida exacta y vaya conociendo las alternativas necesarias para solucionar los problemas formales de su obra. Según el concepto desarrollado por el psicoanalista infantil D. Winnicott, el arte terapeuta toma el lugar de la “madre suficientemente buena”.

El analista inglés, le brinda tres características importantes a la “madre suficientemente buena”, las cuales pueden ser extendidas a la labor del arte terapeuta. Estas son:



**Holding:** La contención de la madre que ayuda a facilitar la integración psíquica del infante. En este caso, el terapeuta debe cumplir la labor de contención para el paciente, brindándole un espacio protegido de trabajo.

**Handling:** Es la contención física del bebé, que ayuda a la integración psicofísica del niño. En el espacio arte terapéutico, esta función es llevada a cabo por la obra misma, esta logra contener sentimientos que pudieran resultar tener una carga de angustia demasiado potente y que el paciente no esté listo para integrar.

**Presentación objetal:** En la relación madre-infante, es ésta la que cumple el rol de ir presentándole los objetos al niño, para que él pueda relacionarse con ellos de manera autónoma y así ir habitando el mundo. El arte terapeuta, en el espacio de trabajo, va presentando los materiales al paciente, para que éste pueda ir relacionándose con ellos y así conseguir elaborar sus procesos psicológicos.

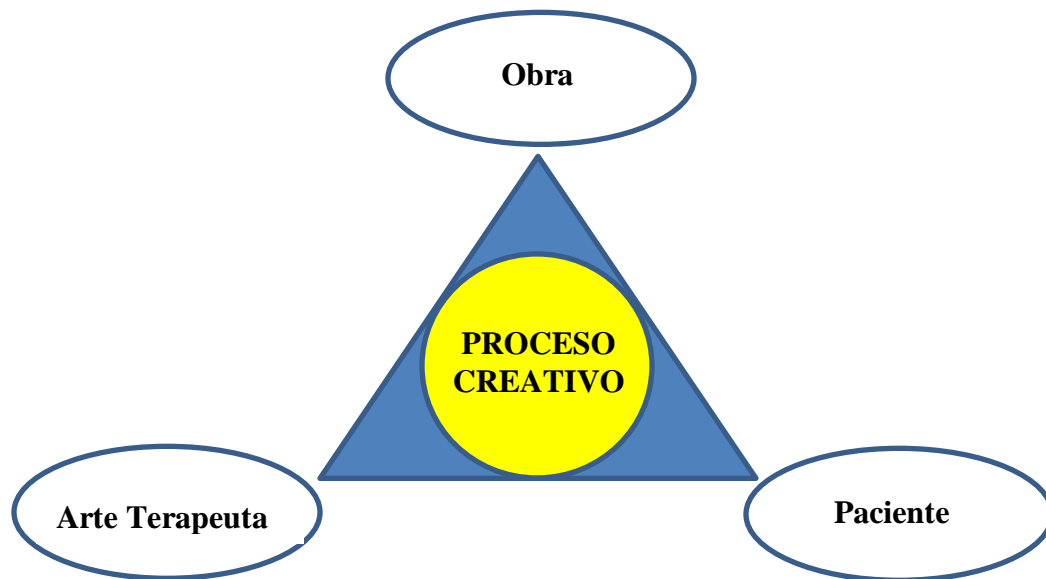
Es importante además que el arte terapeuta tenga cierta familiaridad con el recurso artístico, puesto que así, cuando el paciente lo necesite, pueda ayudar en lo que éste requiera.

### **1.2.1. Proceso y triángulo terapéutico**

La psicoterapia verbal tradicional toma como herramienta principal de trabajo la palabra hablada. Pues bien, el Arteterapia utiliza en su espacio de trabajo el recurso artístico como un lenguaje. Lo expresado por el paciente se hace por medio de una imagen visual, resultante de un proceso de trabajo creativo, en un espacio de contención y empatía. La obra resultante muestra y contiene lo que el paciente quiere decir, y al ser este un lenguaje nuevo, es decir, una vía alternativa de comunicación, muchas veces lo realizado no requiere de mayor explicación verbal: la obra habla por sí misma.

Es por esta razón que se utiliza el concepto de “triángulo terapéutico” (tal como se muestra en el gráfico a continuación), puesto que es un espacio en el cual participa el terapeuta, el paciente y la obra. Entre el terapeuta y el paciente están las funciones de sostén y contención, además de la entrega de herramientas de solución. Es importante destacar que el arte terapeuta no se relacionará con la obra producida de la misma manera que lo haría un psicólogo en una terapia tradicional, puesto que una de las reglas básicas del Arteterapia

es NO INTERPRETAR. El arte terapeuta procurará hacer que el paciente mismo pueda ir relacionándose con su obra y sea él mismo quien pueda leerla y encontrar posibles relaciones y conexiones con lo que de ella pueda surgir. Esto se condice con lo que Winnicott en algún momento afirmara con respecto al psicoanálisis: si sé esperar, el paciente dará su propia interpretación.



### **1.2.2. Metodología en Arteterapia**

En Arteterapia, existen varias modalidades de trabajo. Se puede trabajar de manera grupal y también de manera individual (modalidad conocida también como psicoterapia a través del arte).

La forma en que se dirige el proceso también puede dividirse en: directivo y no directivo. La primera modalidad consiste en ir entregando consignas que el paciente (o el grupo) deberá ir desarrollando durante la sesión de trabajo. Se trabaja con materiales específicos, de acuerdo a la propuesta hecha por el arte terapeuta, la cual fue formulada en un proyecto completo, en el cual se vislumbra un producto final en una cantidad determinada de sesiones. La segunda modalidad consiste en ir trabajando con el emergente:

se da libre uso de los materiales al paciente, para que pueda ir experimentando con ellos su proceso creativo. Cada elemento que va surgiendo de los trabajos del paciente, le sirve al arte terapeuta para ir elaborando temáticas.

### **1.3. Psicoterapia de apoyo y el aporte de la clínica fenomenológica**

Es importante destacar la sustentación de la práctica Arte Terapéutica en las teorías entregadas por psicoterapeutas, específicamente desde las psicoterapias de apoyo y algunas consideraciones de las psicoterapias de esclarecimiento y psicoanalíticas, las cuales entregan herramientas efectivas y focalizadas que pueden servir de guía para la comprensión de ciertas prácticas al interior de este espacio de trabajo. La relación terapéutica, basa su función en un vínculo de tipo reasegurador, protector y orientador (Fiorini, 1977). Los objetivos terapéuticos son construidos en conjunto con el paciente durante las primeras sesiones, creando de esta manera una relación de confianza y empatía hacia el otro. Esto además genera un esclarecimiento en quien consulta, puesto que puede tener claro qué puede esperar de este espacio. Para ir consiguiendo el camino trazado desde el inicio, es necesario que el terapeuta sea capaz no sólo de observar y analizar los detalles y las totalidades del paciente, sino también de poder estimular y generar movilizaciones emocionales para que éste pueda obtener una actitud de autoobservación a través de su obra.

El Arteterapia, en la Universidad de Chile, se plantea en su formación de posgrado como una psicoterapia de apoyo. Según Pinsker, “la terapia de apoyo emplea medidas directas para reducir los síntomas y para mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas.” (Pinsker, H. 1997). En lo que respecta al caso específico de esta monografía, se puso énfasis durante la terapia de arte en dos de los puntos explicados por el mencionado autor: aliento y reforzamiento del paciente, tranquilizar y reestructurar.

Las intervenciones por parte del estudiante en práctica, se basan en las recomendaciones hechas por H. Fiorini en su obra *Teoría y técnica de psicoterapias*. Aquí encontramos los siguientes modelos: “*Interrogar* al paciente, pedirle datos precisos, ampliaciones o aclaraciones del relato. *Confirmar* o rectificar los criterios del paciente sobre su situación.

*Clarificar*, reformular el relato del paciente de modo que ciertos contenidos y relaciones del mismo adquieran mayor relieve. *Recapitular*, resumir puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento. *Señalar* relaciones entre datos, secuencias, constelaciones significativas, capacidades manifiestas y latentes del paciente. *Sugerir* actitudes determinadas. *Encuadrar* la tarea. *Meta-intervenciones*, comentar o aclarar el significado de haber puesto en juego cualquiera de las intervenciones anteriores.” (Fiorini, 1977). Este listado, proveniente de la práctica de terapias verbales, debe ser extendido y observado a la luz del trabajo arte terapéutico, es decir, reflexionar en la manera en cómo podemos interaccionar con los recursos artísticos desde cada una de estas propuestas hechas por el psiquiatra argentino, las cuales se exponen más adelante, en las conclusiones de este escrito. Es importante destacar que una de las máximas de este texto, ha sido excluida de este espacio: *la interpretación*. Esto debido a que en la práctica arte terapéutica siempre se ha recomendado no interpretar el significado de lo expuesto por el paciente, ya que esto puede resultar invasivo y violento, sobre todo en personas con una estructura psicótica, además que es la interpretación propia del paciente la cual se rescata, potenciando así su autoobservación.

Estas técnicas pueden además ajustarse a la propuesta de la clínica fenomenológica. En esta concepción teórica, se plantea que el terapeuta no debe estar en la posición de “diagnosticador”, sino más bien, debe preocuparse por crear un contexto inter-subjetivo y comprensivo. La clave radica en escuchar todo aquello que el paciente tiene y quiere expresar, sin prejuicios. Un punto de la clínica fenomenológica que converge con el quehacer del arte terapeuta, es la consideración de que “la posible recuperación implica el reconocimiento mutuo como personas y la creación de significados compartidos.” (Pérez, M., García-Montes, J. y Saa, L., 2010) Terapeuta y paciente construirán significados en conjunto, compartiendo una misma experiencia. Esto tiene consonancia además con las propuestas contemporáneas del arte, en las cuales se obtiene la experiencia durante el momento de “exhibición”. Muchas obras de nuestra era llaman al vínculo, la inter-subjetividad, una elaboración colectiva del sentido. La obra creada en Arteterapia no tiene como finalidad ser expuesta en una muestra, ni en la pared de una casa, sino más bien de ser vivenciada en ese momento de encuentro. Las obras creadas en cada sesión, quedan como registro de la reflexión hecha durante el tiempo de la terapia.

De acuerdo a estas referencias, no se harán observaciones desde los manuales psiquiátricos convencionales, como el actual DSM-V. Con el éxito del DSM-III a mediados del siglo XX, la corriente fenomenológica, entre otras, de la cual formaron parte importantes estudiosos de la salud mental (específicamente de la psicopatología) como Karl Jaspers, Klaus Conrad y Ronald Laing, fue prácticamente relegada de las prácticas clínicas. “La fenomenología es una disciplina especialmente interesada en la descripción y explicación de la estructura de la experiencia. La cuestión para la fenomenología es comprender la experiencia en primera persona en el contexto biográfico del yo y sus circunstancias.” (Pérez Álvarez, M., García-Montes, J. y Sass, L., 2010) A este aspecto es al cual se dará énfasis en el proceso arte terapéutico en cuestión: la forma en que se ve afectado el desarrollo de los procesos subjetivos del paciente y cómo éste, en primera persona, va armando el espacio de trabajo. Como indican estos estudios, esto se puede lograr a través del reconocimiento y aceptación de quienes se encuentran situados dentro del setting.

#### **1.4. Aportes de los artistas contemporáneos al Arteterapia**

Las prácticas del arte contemporáneo, a diferencia del llamado arte burgués, se enfocan en las demandas del presente. Es por esta razón, que es posible encontrar efectos sociales, políticos y clínicos en algunas obras de artistas contemporáneos.

Eva Marxen, en su obra “Diálogos entre Arte y Terapia”, analiza la obra de importantes artistas y sus repercusiones sociales y políticas. Tan solo para dar un ejemplo, y de acuerdo a la temática de este trabajo monográfico, es interesante observar la obra de Lygia Clark. Artista visual brasileña del siglo XX, que a contar de 1977, interesada en los estudios psicoanalíticos, se dedica completamente a la creación de los *objetos relacionales*, con los cuales intentaba revivir aquello que ha quedado reprimido a nivel corporal en sus pacientes. Ella desarrolló una terapéutica personal, la cual denominó “la estructuración de un self”. Su principal objetivo radicaba en el trabajo con personas con trastornos limítrofes o borderline. Ella menciona con respecto a sus objetos transicionales que “el mismo objeto puede expresar significados diferentes para diferentes sujetos o para un mismo sujeto en determinados momentos.” Es decir, privilegiaba la experiencia personal con cada uno de

sus pacientes. Estas acciones son relevantes, puesto que Clark propone desde el arte un espacio alternativo a la psicoterapia verbal clásica. Utiliza el recurso estético con objetivos psicoterapéuticos.

Por otro lado, la estética relacional, es una corriente teórica contemporánea, en la cual N. Bourriard plantea lo siguiente: “El arte relacional tomaría como horizonte teórico la esfera de las interacciones humanas y su contexto social, más que la afirmación de un espacio simbólico autónomo y privado.” (Bourriard, 2006) Para el Arteterapia, esta visión también implica un aporte, en tanto que se entienda que lo que ocurre en el espacio terapéutico es una construcción intersubjetiva. La obra surgida aquí no busca el fin estético de un artista tradicional, sino que busca ser compartida con un otro (el terapeuta).

¿Por qué interesa observar a esta artista y a esta corriente teórica? Pues bien, como podrá observarse durante el desarrollo de este estudio de caso, los objetos entendidos como “obras” en el espacio clínico cobran un sentido especial, en la medida en que se va siguiendo un proceso terapéutico. Por ejemplo, obras que fueron creadas durante la fase intermedia, son observadas en la fase final, y éstas adquieren un significado distinto, tanto para el terapeuta como para el paciente, dando cuenta así de que la obra no es un elemento estático, sino dinámico. El vínculo formado en la alianza terapéutica, modificará las lecturas que pueda hacerse de las creaciones.

## **1.5. Sobre la psicopatología en cuestión**

### **1.5.1. La estructura de personalidad psicótica**

En el caso de este escrito, la utilización clínica del Arteterapia se centra en los beneficios para personas con trastornos mentales severos, específicamente, la esquizofrenia. Por lo tanto, será necesario aludir a ciertas nociones de la estructura de personalidad psicótica para poder comprender el funcionamiento del paciente en cuestión y de la forma en que se fue abordando el trabajo con él.

La psicosis ha tenido diversas definiciones a lo largo de la historia, dependiendo del enfoque y de la manera en la que se aborde. Por ejemplo, aunque el psicoanálisis no tiene una definición precisa, ha ido forjando un entendimiento de la psicosis a través del tiempo,

con el trabajo de sus mayores expositores, como los mecanismos psíquicos que muestran un funcionamiento, en cuanto a una estructura de personalidad. Es decir que, y esto es importante de contraponer a la hegemonía de la psiquiatría funcionalista, la psicosis se entiende como una organización de la subjetividad y no como una enfermedad en sí. (Chemema, 1995). Para el caso de este trabajo, es importante destacar que en la psicosis hay una pérdida del juicio de realidad, se dificulta la vinculación con el otro y se generan fallas en la capacidad de simbolización. Esta última característica es la que generaría el proceso alucinatorio y delirante, en la explicación lacaniana dada por Eva Marxen, puesto que al no haber símbolo el sujeto crea una vía de escape para lo real<sup>2</sup> que necesita manifestarse.

Y aunque resulta necesario hacer una revisión de la sintomatología y de la forma en que funciona la estructura de personalidad psicótica, también es necesario dentro de este marco teórico destacar el foco en el que se centra este proceso arte terapéutico, sobre todo desde un enfoque fenomenológico: rescatar la subjetividad del paciente, aquello que define a quien asiste a este espacio de creación, que no es solamente su sintomatología. Según un estudio cualitativo con grupos focales, realizado en algunos países de Sudamérica y en Inglaterra, la persona con esquizofrenia muchas veces siente que el profesional de la salud tiende a confundir al sujeto con la enfermedad. Se trata con ellos sólo temas relacionados a los síntomas psicóticos. La subjetividad se suprime. “Pacientes con esquizofrenia que reciben un cuidado en que se prioriza la conversación y la escucha, mejoran su calidad de vida. Además, la participación activa del sujeto con esquizofrenia en su tratamiento parece mejorar su autoestima y salud general.” (Carniel, L. et al, 2010) Esto respondería al enfoque actual de las prácticas en salud: el sistema está muy preocupado en curar enfermedades, más que en promover la salud.

Es importante destacar en este punto, que la visión que debiera primar en este espacio tiene que ver con el desarrollo de una subjetividad que esté en constante movilización, pensando este movimiento como una forma de planteamiento de una subjetividad saludable. Esto se realiza, a propósito de la reflexión del filósofo francés G. Deleuze, quien señala que “la neurosis y la psicosis no son fragmentos de vida, sino estados en los que se

---

<sup>2</sup> A modo general, lo real en Lacan es todo aquello que está fuera de la realidad y que se rehúsa a ser nombrado, es decir, que rehúye de la palabra.

cae cuando el proceso está interrumpido, impedido, cerrado. La enfermedad no es proceso, sino detención del proceso.” (Deleuze, 2009)

### 1.5.2. La esquizofrenia

De acuerdo a lo presentado en el marco teórico, la visión de la patología en cuestión en este estudio de caso se basa en apreciaciones hechas desde la fenomenología y desde las construcciones aportadas por la nosografía psicoanalítica. Sass y Parnas (2007) plantean, desde la clínica fenomenológica, que “la esquizofrenia se entiende como un trastorno de la experiencia del sí mismo o ipseidad. La ipseidad se refiere al sentido básico del yo, como centro y núcleo de la propia experiencia. Constituye, por así decir, la infraestructura de la autoconsciencia y de la propia estructura del yo, como también se dice, el “yo básico” o “yo mínimo” (...) La alteración de la ipseidad afecta al núcleo de la experiencia de sí mismo y de esta manera a toda la estructura del yo, incluyendo el yo reflexivo y el narrativo y sus aspectos sociales.” (Pérez Álvarez, M., García-Montes, J. y Sass, L., 2010). Desde este enfoque, se observan tres alteraciones importantes en la subjetividad esquizofrénica, las cuales se implican unas a otras<sup>3</sup>:

- *La hiperreflexividad*: comprende las experiencias cinestésicas y también las alucinaciones y los delirios.
- *El sentido disminuido de sí mismo*: el sujeto no se siente dueño de su propia experiencia, muchas personas diagnosticadas con esquizofrenia han señalado: “ya no siento que soy yo”. A esto además se añaden todas las problemáticas relacionadas a la imagen del cuerpo, la cual se escinde y la persona pareciera experimentar el mismo extrañamiento de no sentirse dueños de su cuerpo.
- *Alteración de la consciencia del mundo*: se pierde la conexión entre la percepción y el contacto vital con la realidad y con los otros. Los objetos pierden su significado, las palabras también se van desligando de su contenido, hasta quedar sólo formas inconexas para quien las experimenta.

---

<sup>3</sup> A diferencia de la clasificación sintomatológica de la psiquiatría convencional (DSM o CIE), donde el sujeto debe cumplir con dos o más síntomas para diagnosticarlo con tal o cual trastorno. Las tres alteraciones aquí mencionadas, desde la fenomenología, se implican y se comprenden entre ellas mismas, teniendo como base al “yo desestructurado”.



¿Cómo no sentirse afectado, angustiado o atemorizado, cuando es el centro de uno mismo el que se pierde? ¿Cómo seguimos construyendo un proyecto de vida luego del quiebre de aquella estructura que nos hace responder al cuándo, dónde y quiénes somos? Estas interrogantes pueden abrir una reflexión acerca de cómo tratamos con alguien que manifiesta dichas características, una manera de aproximarnos, de ponernos en el lugar del otro.

## **1.6. Arteterapia y Trastornos Mentales Severos**

Luego de haber revisado algunos conceptos generales que conforman la práctica del Arteterapia, los modos de intervención convencionales en terapias verbales y la psicopatología en cuestión, cabe ahora preguntarse sobre la manera en que se ha estudiado directamente la relación de los procesos arte terapéuticos con la psicosis, sus limitantes y beneficios. Pamela Reyes, psicóloga y arte terapeuta, señala que en personas con psicosis, “se observa que este tipo de trabajo terapéutico puede contribuir al fortalecimiento de las diversas funciones yoicas, mejora el sentido de competencia y autoestima, es un espacio que permite contener la ansiedad psicótica y es un vehículo para la relación interpersonal.” (Reyes, 2007) La actividad artística en un medio terapéutico genera una unión del paciente grave, consigo mismo, así como también con lo externo. Como indica una investigación realizada por el departamento de psicología de la Universidad Central de Venezuela (Ceballo, Vasconcelos y Ferreira, 2012), con estos trabajos se mejora el grado de motivación y de participación de personas con esquizofrenia, quienes, producto de la abulia y el aplanamiento afectivo, muchas veces no son capaces de desarrollar una actividad a plenitud. Por otra parte, como se expuso anteriormente, al existir un fallo en la capacidad de simbolización en la estructura psicótica, el arte puede ofrecer un medio, un recurso a través del cual observar las transiciones de significación en distintos objetos. A diferencia de la neurosis, en la psicosis no hay una vinculación entre las representaciones de las cosas y las representaciones de la palabra de manera tal que puedan haber nuevos órdenes y especificaciones en el plano de la significación (Berdullas, P. et als, 2010). Todo se vuelve concreto. No existe una discriminación entre la palabra y el objeto. Las cosas “son”, no

“representan”. Es por eso que, con el acompañamiento de un terapeuta, se pueden llegar a vislumbrar acercamientos hacia aquellas transiciones, utilizando el arte de por medio.

J. Schaverien, por su parte, plantea una interesante visión en el tratamiento terapéutico de la psicosis. El arte, no solamente es un área intermedia entre terapeuta y paciente, sino que además funciona como acercamiento a un lenguaje compartido con otro. Esto es comentado a propósito de lo expuesto por el filósofo Cassirer, quien señala que es viviendo en comunidad como el “yo” puede desarrollarse y conocer el “self” individual. La persona con estructura psicótica sufre muchas veces porque el quiebre en su vida (desde el primer episodio psicótico) ha hecho que pierda toda conexión con el medio y las relaciones sociales en las cuales se encontraba inserto. Las formas simbólicas de la obra de arte, pueden servir como un medio (compartido con un terapeuta) para que la persona pueda sentirse integrado en una comunidad que lo ha rechazado, sentirse comprendido, escuchado. Por otro lado, Shaverien menciona la forma en que la obra contiene y sostiene sentimientos que pueden resultar intolerables, y que a medida que el trabajo terapéutico avanza, pueden ir siendo reintegrados y aceptados en la psique del paciente. A esta dimensión de la obra, la autora ha brindado un “aspecto mágico”, el cual define como “objeto transaccional”. Este concepto, es usado para comprender la obra como un elemento neutral y de contención para la transferencia. S. Freud, en su teoría, señalaba que la transferencia no era posible en pacientes con estructura psicótica, de ahí su énfasis en que el psicoanálisis fuera pensado sólo para el tratamiento de la neurosis. Sin embargo, el arte podría ser un elemento en el cual el paciente pueda sostener la relación transferencial, atribuyéndole de manera inconsciente ciertos afectos que más tarde podrán, o no, ser reintegrados.

De acuerdo a las propuestas del analista inglés, D. Winnicott, en el espacio terapéutico ocurre además un fenómeno transicional. En el espacio arte terapéutico, el paciente puede experimentar con diversos objetos<sup>4</sup> y aprender que todo aquello que acontece en ese momento no tiene un efecto concreto con el exterior. Es decir, se potencia un momento de juego: en el juego existen reglas que son compartidas por quienes participan de él, esas

---

<sup>4</sup> Es importante destacar la diferencia entre el “objeto transaccional” propuesto por Schaverien y el “objeto transicional” de Winnicott. El objeto transicional se refiere al elemento que porta el bebé (el cual no tiene siempre que ser un objeto concreto, puede ser un juguete, un sonido, un gesto), antes de la etapa de simbolización, en la cual necesita aferrarse a él para sostener la ausencia de la madre cuando esta desaparece de sus percepciones.

reglas se rigen de acuerdo a la fantasía por la cual fue creada y sirven para que ese espacio se mantenga en funcionamiento, mientras todos los participantes las respeten. Sin embargo, cada individuo sabe que fuera de este espacio esas reglas no tienen efecto. Toda esta experimentación sirve “como si...”, es decir, para probar lo que más tarde pudiera llegar o no a extenderse a lo que conforma el exterior de este espacio transicional. El objeto transicional nace en este espacio de creatividad, es creado y sostenido desde la afectividad. En este mismo sentido, Del Río y Sanz-Aránguez afirman que el arte brinda la posibilidad de poder ingresar en lo aún-no-representado, “un borde intersticial o fronterizo entre la realidad interna y externa del sujeto, lo suficientemente permeable como para favorecer su presentividad (emocional, cognitiva, física y social) en el proceso.” (Del Río, Sanz-Aránguez, 2010)

En lo que respecta a la sintomatología negativa<sup>5</sup> de la enfermedad, estudios de arte terapéuticos han llegado a la conclusión de que la terapia de arte contribuye enormemente en el mejoramiento de ésta, consiguiendo así aumentar el autoestima de los pacientes, movilizarlos emocionalmente y generar proyectos de trabajo a largo plazo.

### **1.7. Elección de enfoque y lugar de trabajo**

La elección de estos enfoques y del espacio de trabajo, responden a inquietudes tanto experienciales como académicas del estudiante en práctica. En el año 2010, junto a una compañera de carrera, se realizó un taller de apreciación artística a un grupo de estudiantes con trastornos mentales severos, en la Escuela Open Door, ubicada al interior del Hospital Psiquiátrico el Peral. Esta experiencia quedó sistematizada en un artículo llamado “Cuando la Historia del Arte entra un Hospital Psiquiátrico”, en la Revista *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, de la Universidad Complutense de Madrid. Durante el año 2012, el estudiante en práctica tuvo la oportunidad de trabajar junto a un equipo multidisciplinario de profesionales<sup>6</sup> en la instalación de un proyecto de radio comunitaria en el COSAM de Peñalolén. Aquí participan (actualmente se encuentra

---

<sup>5</sup> La psiquiatría tradicional divide la sintomatología esquizofrénica en: positiva (delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, entre otros) y negativa (aplanamiento afectivo, abulia, alogia, entre otros).

<sup>6</sup> Un psiquiatra, un estudiante de medicina, una periodista, dos fonoaudiólogos, un psicólogo, un comunicador audiovisual, un músico y un estudiante de arteterapia.

en funcionamiento) usuarios de la comuna, diagnosticados con trastornos mentales severos (la mayoría, con esquizofrenia). La finalidad de este espacio es plantear un dispositivo complementario al servicio tradicional de salud, en el cual desarrollar habilidades sociales y cognitivas. Como punto importante, cabe destacar también la idea de este equipo de trabajo por poder desestigmatizar a través de nuevas prácticas, a quienes padecen un trastorno mental. Estas actividades han complementado la experiencia del estudiante en práctica, llegando a considerar el arte como un potente agente de cambios, que además deja una gran huella en quienes lo experimentan, ya sea en espacios de salud y/o comunitarios. Por otro lado, desde el punto de vista académico, se ha considerado interesante la observación de cómo el Arteterapia tiene muchos puntos de encuentro con las propuestas que ha hecho la estética, el psicoanálisis, la educación y, últimamente, la fenomenología. Estos cuatro enfoques, y sin duda muchos más que no se pueden llegar a abarcar en este escrito, pueden aportar y converger en propuestas creativas para el estudio y desarrollo de la subjetividad.

## **2. Presentación del caso**

### **2.1 Contexto de trabajo**

El presente escrito da cuenta del trabajo realizado en el Hospital Barros Luco Trudeau, específicamente en el Hospital de Día, basado en el desarrollo de una relación terapéutica a través del arte. El Hospital de día “se encarga de proporcionar atención médica, de enfermería y psicosocial a personas que presenten un desorden psiquiátrico o conductual, que puedan significar un daño para sí mismos o para los demás”<sup>7</sup>. La institución cuenta con profesionales especializados en: psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social.

### **2.2 Primer acercamiento**

El primer acercamiento al lugar de práctica, se realizó durante el aniversario número 14 del hospital de día, el cual fue celebrado el día jueves 05 de septiembre del 2013. Para esta ocasión, fueron invitados dos estudiantes en práctica del postítulo en Arteterapia, para llevar a cabo una dinámica con recursos artísticos con los pacientes de la institución. Fue en este contexto, y con la guía de la encargada del hospital de día, que se ofrece a J. la participación en un proceso arte terapéutico individual durante los próximos cuatro meses. En este primer encuentro, J. se acerca a observar los trabajos realizados con papel de diario y maskin tape (proveniente él del taller de música del día del aniversario) ante lo cual se le ofrece poder experimentar con los materiales y crear algún objeto. J. señala no tener muchas habilidades en este tipo de trabajos. Ante este planteamiento, se le explica que no es necesario manejar técnicas en específico para poder crear, y que de todas maneras puede contar con el apoyo del estudiante. Se le pregunta qué cosa le gustaría construir y él menciona que le gustaría tener una casa. Tras ese comentario, se inicia la construcción de una forma básica de casa con el papel de diario y masking tape. J. agradece el haber trabajado junto a él en esta creación. El comentario de J.: “me gustaría tener una casa”, genera una reflexión importante en la posibilidad de iniciar un trabajo terapéutico con él, puesto que da cuenta aquí de una carencia, tal vez de una cierta forma de relacionarse con

---

<sup>7</sup> Información entregada por la página web del Hospital Barros Luco.

su familia, con su entorno actual y de la búsqueda de un espacio de contención. Al finalizar la jornada, se le ofrece un encuentro el jueves 12 de septiembre a las 14.00 hrs. para poder iniciar el trabajo arte terapéutico que se le había explicado anteriormente. J. se muestra agradecido ante la propuesta hecha y acuerda en el encuentro.

Es importante destacar, como punto específico, la importancia de la actividad realizada en esta jornada de aniversario, puesto que se han evidenciado los beneficios de las prácticas comunitarias en rehabilitación. Se ha observado, en quienes han participado en este tipo de dinámicas, una baja del uso de medicamentos, la hospitalización y posiblemente también de la exclusión social, puesto que en estos espacios se refuerzan las habilidades sociales (Esteve, N. et al, 2010)

### **2.3 Antecedentes del caso:**

Nombre : J.

Edad : 41 años

Estado civil : Soltero

Con quién vive: Madre y garzón del negocio de comida familiar.

Núcleo familiar: Madre (con quien vive), un hermano (40 años) y una hermana de (42 años)

Medicamentos : Olanzapina

Ácido Valproico

Propanolol

Modecate (cada 15 días)

J. es un hombre alto, de contextura gruesa. Siempre utiliza una gorra, la cual se sacaba solamente cuando realizaba los trabajos plásticos durante la sesión.

J. relata, durante la primera sesión, una síntesis de los aspectos más importantes de su historia de vida: Es hijo de un abogado, quien falleció hace ya algunos años. Durante su época escolar, recuerda con mucho cariño la etapa que transcurre entre los cursos de 1° a 7° básico, señalando que es a su profesora de historia, con quien interpretó a varios personajes, a quien recuerda como una persona importante. Luego de esta etapa las historias ya comienzan a verse más desintegradas y con mayores conflictos. J. señala haber dado la prueba de aptitud académica para ingresar a la universidad en dos ocasiones, en ambas no

obtiene el puntaje necesario para entrar a una casa de estudios pública, y entra a instituciones privadas. Inicia varias carreras, pero ninguna es finalizada: computación, secretariado y Leyes. Afirma que secretariado le entregó herramientas para poder desempeñarse laboralmente con su padre, haciendo transcripciones en máquina de escribir. Señala que fue su enfermedad la que le impidió continuar con los estudios universitarios: la esquizofrenia paranoide. Menciona haber estado en tratamiento con médicos de forma particular y haber estado internado en clínicas privadas. Luego de un tiempo, la familia se traslada desde la ciudad de Santiago a Buin. Aquí se instalan con un negocio de comida, además de utilizar otros espacios como oficina en la cual el padre pueda continuar con su carrera como abogado. Señala que, actualmente, sus dos hermanos tienen una vida independiente, cada uno con sus respectivas parejas. Menciona que su hermana los apoya bastante (a él y a su madre).

J. asistió al hospital de día, durante el período de septiembre a diciembre del 2013, siendo dado de alta a principios de enero del 2014. Asistía de lunes a viernes, desde las 9:30 de la mañana, hasta las 15.00 hrs., horario que varía dependiendo de las actividades con las cuales se cuenta cada día. En este espacio J. comparte con los demás usuarios en diferentes rutinas: desayunos, almuerzos, talleres de manualidades y de habilidades laborales.

Factores de protección: J. tuvo un fuerte sentido de compromiso con el trabajo arte terapéutico, lo cual fue facilitador de la fase de vinculación del proceso. Tuvo una alta adhesión a las actividades del hospital de día. Cuenta con el apoyo de su núcleo familiar.

Factores de riesgo: Alta actividad delirante, baja autoestima, relaciones disfuncionales en la familia, límites poco precisos entre las relaciones familiares y laborales.

## **2.4 Para iniciar el proceso terapéutico**

### **2.4.1 Motivo de consulta:**

El motivo de consulta, se define inicialmente por la encargada del hospital de día, terapeuta ocupacional, quien comenta que junto al equipo de profesionales han intentado

mostrarle a J. los beneficios de poder conseguir un trabajo fuera de su hogar, y así poder deslindar las relaciones familiares de las laborales.

Por su parte, cuando a J. se le explica en qué consiste el espacio de Arteterapia, él señala que le gustaría utilizar el espacio ofrecido para poder conocerse mejor.

#### **2.4.2 Sobre la patología en J.**

En el punto **1.5 Sobre la psicopatología en cuestión**, se expuso de manera teórica el funcionamiento de la estructura de personalidad psicótica y la visión de la esquizofrenia desde la fenomenología.

En el caso expuesto en esta monografía, en términos sintomáticos y relacionales, se observa lo siguiente en J.:

- Una alta actividad delirante
- Un discurso medianamente desorganizado al momento de abordar las sesiones
- Baja autoestima
- Relaciones conflictivas al interior del hogar

#### **2.4.3. Objetivo terapéutico:**

Los objetivos del trabajo arte terapéutico contruidos en conjunto al paciente, aquí expuestos, refieren a lo conversado durante las primeras dos sesiones con J. y la encargada del hospital.

Por otro lado, es necesario hacer evidente la conformación de objetivos transversales para cualquier terapia, los cuales en este caso, hacen referencia a las propuestas del psiquiatra Héctor Fiorini en el refuerzo de ciertas funciones yoicas, que son alteradas en la estructura psicótica. Como quedará en evidencia, más adelante, será necesario poner énfasis, también, en la elaboración de la autoimagen y reforzamiento del autoestima de J.

##### **2.4.3.1. Objetivo general:**



Crear un espacio de reflexión a través de los recursos artísticos, para que el paciente pueda elaborar libremente temas de interés y desarrollar herramientas que le permitan mejorar aquellos aspectos que han sido dañados por la psicosis.

#### **2.4.3.2. Objetivos específicos:**

1. Crear un vínculo terapéutico a través del arte
2. Elaborar temas de interés, que puedan ser conflictivos o amenazantes, en un espacio de contención.
3. Desarrollar la observación de la autoimagen del paciente.
4. Mejorar la baja autoestima.
5. Desarrollar herramientas que permitan mejorar la capacidad de simbolización y de vinculación con el otro, lo cual ha sido gravemente dañado por la psicosis.

### **3. Desarrollo de la terapia**

#### **3.1. Encuadre**

En la primera sesión, se le explica a J. que el trabajo de Arteterapia se realizará en 16 encuentros, y que se realizará los días jueves de 13.30 a 14.30 horas. Se señala que este es un espacio de confianza, en el cual él puede sentirse seguro para expresar sus sentimientos y sensaciones de manera libre. Antes de comenzar, se le pregunta si él sabe lo que es Arteterapia y, ante su respuesta negativa, se le explica cómo funciona este espacio. Él se muestra entusiasmado en poder trabajar con materiales de arte y comienza rápidamente a probar con lápices de cera.



El trabajo de Arteterapia se llevó a cabo en un box, en el cual se realizaban las siguientes funciones: consulta psicológica por parte de los profesionales de la institución y para estudiantes en práctica de psicología y de psiquiatría. Éste era un espacio reducido, en el cual había un escritorio, un computador y dos sillas.



### **3.2. Materiales y técnicas**

La técnica principal que guio el trabajo en un comienzo, a modo de diagnóstico, fue la “no directiva”, puesto que se promocionó la formación de un espacio en el cual crear de manera libre, en consonancia con las propuestas fenomenológicas en las cuales observar al paciente y validar la propia experiencia en primera persona. Se le entregaron materiales diversos y además se le preguntaba con qué otros le gustaría trabajar en las próximas sesiones, para que los usara libremente. Sin embargo, también se entregaron ciertas técnicas de trabajo artístico, como un estímulo de creación, en el cual, de todas maneras, pudo explorar de manera libre y creativa. Dentro de estas técnicas, se debe destacar la utilización del recurso literario, a través de la utilización de la palabra escrita.

Es importante destacar que la utilización de la poesía como recurso artístico responde a un interés personal del estudiante en práctica, desde la propia labor creativa de éste en dicha área y del interés por grandes escritores en los cuales se hacen cruces destacables con la

psicopatología. El Dr. Berdichevsky, señala que a través del lenguaje poético-literario se desarrolla en el paciente “una capacidad sensoperceptiva que le permite abrirse a nuevos campos cognitivos y emitir mensajes en la comunicación expresiva que antes se guarecían en la consciencia o estaban agazapados en el inconsciente, o simplemente permanecían latentes en su interior, pero el paciente lo ignoraba.” (Berdichevsky, 2010).

La terapia tiene “un sesgo en común con la poesía: la posibilidad de jugar con las palabras y jugarse en el encuentro con ellas.”

### **3.3. Descripción y análisis del proceso terapéutico:**

A continuación, se presenta el proceso Arte Terapéutico desarrollado en 16 sesiones, dividido en tres fases: inicial, intermedia y final; en las cuales se irá realizando una descripción general de las sesiones y sus respectivos análisis en cuanto al proceso creativo del paciente.

#### **3.3.1. Fase inicial (Sesiones 1 a 4)**

##### **Vinculación**

##### **3.3.1.1. Descripción**

El primer encuentro con J. se realizó de forma casual. A él no se le había informado sobre la reprogramación de la primera sesión (debido a un día feriado). El estudiante en práctica se encontró con él mientras iba saliendo del Hospital. Comentó lo siguiente: “Qué bueno que vamos a trabajar, así no llego al tiro a mi casa, ahí la cosa está complicada.”

En el tránsito hacia el Hospital de Día, J. va relatando parte de su historia de vida (la cual se encuentra escrita en el apartado **2.3. Antecedentes del caso.**) Se le explica que este será un espacio de confianza y confidencialidad.

Una vez instalados en el box de atención se le explica el encuadre y se le presentan los materiales sobre el escritorio: block de dibujo y una gran cantidad de lápices (crayones, lápices de colores, plumones, scripto, lápices de cera graso y seccos). Él pregunta qué es lo que tiene que hacer, ante lo cual el estudiante en práctica le devuelve la pregunta “¿qué te

gustaría hacer a ti?”. J. toma el color verde y dibuja una flor. Va escogiendo otros colores y va llenando la hoja con una serie de elementos (Fig. 1). Con respecto al color verde, realiza el siguiente comentario: “El verde es mi color favorito, una señora una vez me dijo que ese era mi color, y también me lo dicen los mensajes que me envían desde la televisión.” Después toma otra hoja y hace un autorretrato (Fig.



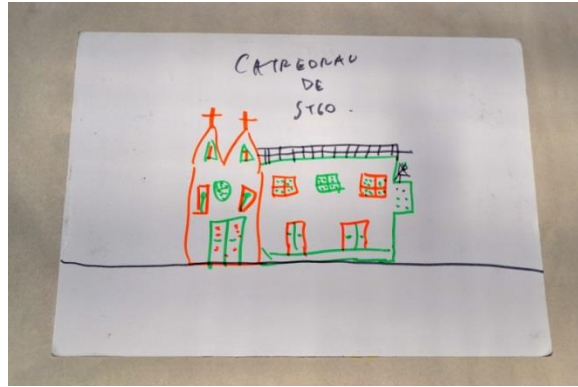
2). Cuando lo termina dice: “Vio que soy rápido”, ante lo cual el estudiante afirmó que sí. Pregunta si puede hacer un último trabajo. Hace la Catedral de Santiago. (Fig. 3). Después de eso el estudiante en práctica le pide que le coloque títulos. Sus trabajos fueron denominados: “De todo un poco...” (Fig. 1), “Autorretrato” (Fig. 2) y “Catedral de Santiago” (Fig. 3). Después de eso se le pide si puede escoger alguno, que le guste más y si quiere comentar algo sobre él. En ese momento J. dice. “Como un psicólogo”. El estudiante en práctica le explica que esto es diferente a lo realizado con un psicólogo, aquí él es libre



de hablar o no de su trabajo y que no habrán interpretaciones por parte del terapeuta, puesto que lo importante es que lo que los trabajos signifiquen para él.

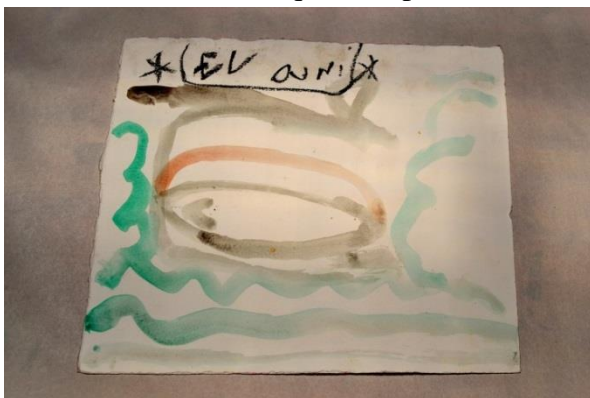
Una vez finalizados los trabajos, J. comenta algunos conflictos familiares. Menciona que su padre le dio mucho económicamente, pero que no lo trataba bien. También comentó sobre algunos problemas sexuales que estaba teniendo (disfunción eréctil). Por último comenta que le gusta mucho leer. El estudiante en práctica le pregunta qué cosas le gusta leer y él menciona a la autora Isabel Allende. El arte terapeuta se compromete a llevarle un libro en la sesión siguiente. En esta sesión se observa que el paciente está ávido de encontrar un espacio de comunicación.

En el segundo encuentro, el estudiante en práctica se encuentra con J. en la entrada del Hospital de día. Él recuerda sorprendentemente: “Ah, verdad que tenemos que trabajar”. El estudiante le pregunta si desea hacerlo y él responde: “bueno, si ya me metí en esto... es que me han pasado tantas cosas.” El estudiante lo invita a conversar sobre ello durante la sesión.



Una vez adentro, el estudiante le hace entrega del libro prometido (“Mi país inventado” de Isabel Allende). J. se muestra muy agradecido por haberlo recordado. En ese momento se sienta y dice que hay ideas que no puede contar. Sin embargo, después de un rato comienza a relatar sus miedos (provenientes del delirio y la angustia psicótica). Dice que se siente presionado por todo el mundo para que él trabaje, pero lo único que quiere hacer es comprarse una pistola y pegarse un tiro (hace el gesto frente al estudiante). Dice que no le gusta cuando la gente dice: “hasta mañana, si dios quiere”. A él le da miedo que se acabe el mundo, por eso sería más fácil para él matarse. Comienza entonces a relatar uno de sus primeros episodios psicóticos, en el cerro Chena. Habla sobre avistamiento de extraterrestres y de su raza escogida. Menciona que desde ese momento todo va mal. El estudiante en práctica le pregunta si recuerda algunas cosas positivas de ese tiempo hasta ahora, que lo hayan ayudado. J. menciona el apoyo de su madre y hermanos.

Durante esta sesión, J. comienza a funcionar de manera delirante, mencionando historias de la religión mormona y hablando de sí mismo como un mesías, como un santo. Luego pasa a realizar tres obras con los materiales ofrecidos para este encuentro (acuarelas y papel fabriano): Primero dice que va a pintar un ovni y una pistola, pero sólo hace lo primero (Fig.



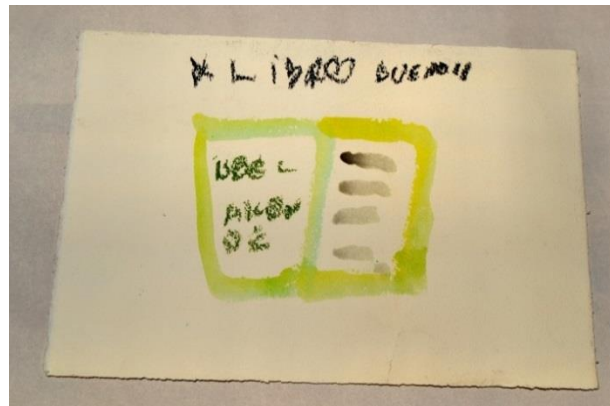
4). El estudiante le menciona que utilizó el color verde, como una forma de recordarle que estaba atento a sus gustos personales, mencionándole además que está utilizando una polera de ese color ese día. J. señala que su madre es quien le compra la ropa. Después pintó una imagen de ropa de color

verde (Fig. 5), ante lo cual el estudiante en práctica le menciona que en lugar de juntar plata para comprar una pistola puede hacerlo para poder comprar la ropa que a él le gusta. El paciente mismo dice: “La pistola se transformó en ropa verde”. Finalmente toma el libro de Isabel Allende y lo copia en una hoja con acuarela. Lo titula: “Libro bueno” (Fig. 6).

El estudiante en práctica le pregunta a J. cómo se siente ahora. Él responde que se siente más aliviado por haber hablado y da las gracias nuevamente por el libro prestado antes de despedirse.

En la tercera sesión, el encuentro con J. se realiza junto a la terapeuta ocupacional del Hospital de Día, puesto que se tuvo una conversación con ella, entre el estudiante en práctica y su supervisora. J. ingresa cansado al box. Se le menciona que habrá un reencuadre, puesto que si él tiene sentimientos que puedan llevarlo a dañarse a sí mismo o a otros, el deber del terapeuta es decirlo al equipo. El estudiante en práctica se asegura de que el paciente comprenda que esto se hace por su propio bien, porque este es un espacio que busca su seguridad y su bienestar.

J. comienza a hacer relatos sobre suicidios. Comenta sobre un caso llamado Tupper, en Costa Rica, de un joven que se lanzó de un edificio. Menciona que él también estuvo a punto de hacerlo, y se pregunta si habrá sido la mejor decisión finalmente no haberlo hecho. El estudiante le comenta que los casos suenan similares, pero la buena diferencia es que él decidió no hacerlo y que ahora está aquí. Se le pregunta además por el libro prestado. J. dice haber avanzado bastante, pero con dificultad, porque las ideas se le desordenan. Dice que es muy difícil con los mensajes que le llegan desde la lectura (actividad delirante). Comenta también sobre los problemas que ha tenido con el garzón que vive con ellos en su casa. Han tenido encuentros violentos, debido a sus delirios (menciona que él es Jesucristo



y que debe bautizarlo). Luego de escucharlo, el estudiante lo invita a trabajar con los materiales. J. pide contar una cosa más. Menciona que a veces confunde las cosas que pasan con las que imagina y da el ejemplo de que cuando falleció su padre, él vio el carné de identidad de éste y que ahí decía Juan El Bautista, pero que eso no podía ser, porque él realmente era Juan El Bautista. El estudiante le menciona que a lo mejor, lo que pasa es que él se parece mucho a su padre. Él acuerda con la afirmación. Hace referencia también, y esto es interesante de mencionar, a un miedo sobre perder el sistema de pensiones después de que le hagan evaluaciones, preguntándose a sí mismo qué pasa si lo encuentran normal. (Este comentario es de gran provecho para el proceso, puesto que demuestra conciencia de la enfermedad.)



Luego de esto, toma la acuarela y el papel y realiza unos dibujos sobre sus miedos: “El fin del mundo”. (Fig. 7) Una vez finalizado se le ofrece que pueda seguir interviniendo, si así lo desea, con otros materiales. Toma la escarcha de colores y va delimitando los objetos dibujados en el papel. Mientras hace esto comenta lo siguiente: “Yo leo mucho, parece que soy inteligente.” Ante dicha frase, el estudiante aprovecha de felicitarlo por darse cuenta de esa característica en él y ve la forma en que puedan sacar algún beneficio además de la lectura. J. dice que podría hacer crucigramas y ver más programas culturales. El estudiante le menciona que también puede escribir y que de hecho la escritura también es parte del arte, como por ejemplo la poesía. Ya hacia el finalizar la sesión, se le propone que en la próxima sesión se trabaje con la escritura. Se le propone que él lleve un poema y que el estudiante llevará otro.

Antes de salir, hace referencia a otra idea delirante en la que su padre aparece afuera de la consulta de su primer psiquiatra, mostrándole unos clavos para crucificarlo.

En el cuarto encuentro, J. menciona al ingresar al box que ha traído poemas (acto que demuestra el compromiso con el espacio y la vinculación con el estudiante). Los poemas traídos son unos escogidos de algún libro viejo. Tratan sobre Jesús y la navidad. Se le pide que escoja uno. Dice que prefiere el que habla sobre el nacimiento, ya que los otros hablan

de la crucifixión. Se le encomia por centrarse en temas positivos. Una vez que lo lee, recuerda inmediatamente el libro de Isabel Allende. Esta vez comenta objetivamente de lo que trata (el contexto histórico, los personajes, el relato). Después de esa conversación, el estudiante le menciona que él también había traído un poema, como había quedado comprometido en la sesión pasada. J. pide escucharlo.

### **Términos y comienzos**

La vida tiene vueltas y caminos  
que giran y disparan en varios sentidos.  
Terminar etapas significa comenzar otras,  
a veces es rápido y otras es más lento,  
lo importante es avanzar.  
Seguir adelante no siempre es algo sencillo,  
porque debes dejar atrás cosas de las que uno  
se encariña y quisieras no abandonar.  
Pero habrán siempre nuevos comienzos,  
nuevos cariños que uno puede adoptar.  
Avanzar significa estar dispuesto a hacer cambios,  
cambios que pueden entregar una  
nueva manera de ver las cosas.  
Es mejor pensar que las cosas van cambiando,  
y que uno cambia como todo en este mundo,  
según la canción de Violeta Parra.

Lo que más le gustó fue la mención que se hace de Violeta Parra, que le gusta el tema del cambio. Se le pide ahora que se acerque al escritorio para proponerle una tarea. Se le pide que con las palabras de ambos poemas pueda construir uno nuevo. Él menciona que esa es una tarea difícil, pero acepta el desafío. A diferencia de los encuentros anteriores, J. trabaja minuciosamente recortando y ordenando palabras durante unos quince minutos de silencio. Una vez que lo termina, lo titula “Año nuevo”.

**“Año Nuevo”** (Escrito con plumón azul) (Fig. 8)

Avanzar según la canción de Violeta Parra.  
cambios en este mundo,  
comienzos, quisieras no abandonar.



las cosas. Disparan en varios sentidos  
lo importante es avanzar. rápido  
Soles claros son Poesía de Navidad  
Canción al niño nueva manera de ver  
Blanco de perlas.

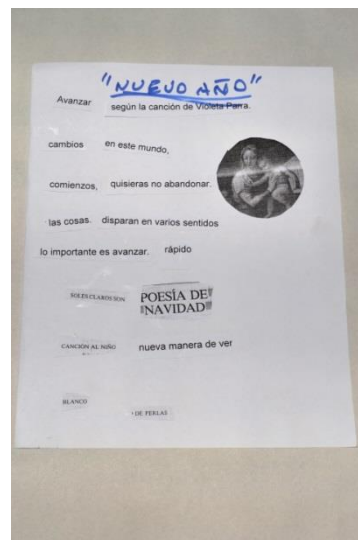
Al leerlo, él mismo dice que se ve algo desordenado. El estudiante le dice que hay muchas ideas juntas. Luego de leerlo una vez más, J. menciona que le llama la atención la frase “canción al niño”, porque le recuerda a la forma en que a él lo tratan siempre, como si fuera un niño. Se expresa diciendo que así lo trata su madre y también así lo trató su ex pareja. El estudiante le pregunta si así es como también él se ve, como un niño, pregunta que parece ignorar. Se le repite una vez más si él se ve a sí mismo como un adulto o un niño y él responde diciendo que se siente como un niño.

El estudiante le menciona que él ya tiene 41 años, que ya es un hombre adulto, que a veces uno puede sentir algunas cosas, pero la realidad es otra. Luego de esa intervención, J. agradece el espacio de confianza y el esfuerzo por trabajar con él cada semana, llevándole materiales y enseñándole a hacer cosas con diferentes materiales de arte. Dice que el espacio le ha servido para conocerse mejor. El estudiante le menciona que aún quedan doce encuentros, que le queda todo ese tiempo para poder trabajar más y conocerse aún mejor, ante lo cual J. se sorprende.

Después de eso pide poder descansar, ya que quedó muy agotado.

### 3.3.1.2. Análisis

En la primera sesión se puede observar que el paciente genera un primer acercamiento con el estudiante en práctica, mostrándole parte de su mundo: sus gustos, sus preferencias. También se observa una buena vinculación. El estudiante en práctica dio espacio a la escucha activa, con lo cual J. pareció sentirse cómodo. La actividad delirante no se mostró en el primer encuentro, salvo el comentario sobre los mensajes enviados a través del televisor.



Es importante destacar que los compromisos pueden ir fortaleciendo la alianza terapéutica, como quedó demostrado en el caso del libro de Isabel Allende. Es necesario destacar que esto no debe observarse desde la lógica de un compromiso culposo (como si dijésemos: “si vienes, te traigo el libro”), sino más bien desde la confianza y de la escucha por los gustos del paciente.

Otro punto interesante de analizar en la práctica del arteterapia, es la educación que se debe llevar a cabo con el paciente, puesto que tal como mencionó J. al decir: “como un psicólogo”, muchas personas no saben en qué consiste la práctica del arteterapia. Tal vez pretenda verse la creación artística, por parte del paciente, como una forma de poder ser interpretado. Ante esto, el arte terapeuta debe ir mostrando cómo funciona el espacio y distanciarse de la práctica psicológica tradicional, es decir, a través de la palabra hablada.

Se observa que en esta primera etapa de vinculación, el paciente fue generando junto al estudiante en práctica un modo de funcionamiento que le acomodaba. Aunque la creación artística era un punto de nuestro encuentro, para J. lo esencial era poder abrirse en un espacio de confianza, con alguien que pudiera ir estructurándolo y conteniéndolo.

Durante la segunda sesión, J. comienza a mostrarse con más confianza, mostrando su lado sintomático. El compromiso hecho por el estudiante en práctica en el encuadre (primera sesión), ofreciendo un espacio de confianza y confidencialidad absoluta, no fue certero, puesto que ante los comentarios de posibles ideas suicidas (comprar la pistola y darse un tiro) se debe dar cuenta inmediatamente a quien esté supervisando el caso y los profesionales del hospital. Es importante destacar que, sobre todo en el trabajo en equipo, el paciente debe comprender que existen factores ante los cuales el terapeuta deberá dar aviso a otros profesionales, estos son: daño a sí mismo, que el/la paciente sea dañado por un tercero o que él/ella mismo(a) pueda significar un daño para los otros. Sin embargo, como se verá más adelante, el reencuadre no afectó en la alianza terapéutica. A este respecto, es importante destacar el hecho sobre qué clase de compromisos se asume con el paciente y de la forma en que el terapeuta debe ir haciéndose cargo de manera ética y confiable.

El estudiante en práctica, durante la segunda sesión, siente cierto temor por lo que el paciente declara. La posible ideación suicida pone en tela de juicio su capacidad de poder contener al paciente. En ese momento, el estudiante guarda silencio, lo que puede simbolizar el temor a la muerte, puesto que hay un nerviosismo por llenar ese vacío con

palabras que puedan no ser las adecuadas. En la supervisión, la docente propone una reunión con el equipo del hospital, para evaluar que el paciente esté en condiciones de seguir trabajando con un estudiante en práctica. Luego de este encuentro (se conversa con la encargada del hospital de día y con la psiquiatra tratante), se decide continuar con el trabajo de arteterapia, puesto que la devolución de los profesionales al respecto es de carácter positiva: se advierte que J. es un hombre inteligente y que no existen ideaciones suicidas reales. Se plantea la posibilidad de una manipulación por parte de éste, puesto que una forma en la que él se relaciona, es través de la compasión.

En lo que respecta a la sintomatología positiva, el estudiante en práctica siente cierto nerviosismo, aunque también se encontraba preparado para su enfrentamiento (debido a lo que implicaba la enfermedad de J. y por lo conversado con los profesionales del hospital de día). Poco a poco, gracias a las supervisiones y al contacto cada vez más cotidiano con el paciente, el estudiante en práctica fue capaz de ir haciendo frente al apareamiento de los delirios y alucinaciones.

Durante la supervisión del tercer encuentro, se comenta con el estudiante en práctica sobre la importancia de reforzar los aspectos sanos de la personalidad del paciente, que esos recursos son los que pueden ayudarlo a enfrentar miedos y angustias. Se comenta además una posible interpretación sobre la ambigüedad, el miedo a lo incierto. Esto, a propósito de las intervenciones que ha hecho J. con respecto a los delirios bíblicos. En la Biblia se trata de fe, lo que ocurre allí es ambiguo. Muchos de los relatos insertos en ella, son metafóricos, puesto que se trata de imágenes y alegorías que aluden a otros significados. Para una persona, cuyo pensamiento sea concreto y le sea un problema decodificar ciertos elementos alegóricos, esto puede resultar perturbador. Se debe considerar, por cierto, que las alucinaciones y delirios de J. provenían de muchas de éstas imágenes.

El ejercicio del poema en la sesión número cuatro, resultó algo complejo. El resultado demuestra poca capacidad de redacción. J. fue uniendo conceptos generales. Desde un punto de vista estético, y no lingüístico, el logro es exitoso ya que en la poesía no hay reglas gramaticales que rijan el buen o mal desempeño. Se debe recordar además que en arteterapia, los juicios de valor no se realizan. Lo relevante de este ejercicio, fue que los conceptos escogidos por el propio paciente, abrieron temas que para él son importantes de tratar. Por otro lado, la baja capacidad de redacción puede ser también un fiel reflejo de la

sintomatología del paciente, es decir, una forma literal de entender una estructura de personalidad desorganizada, teniendo en cuenta además que la esquizofrenia también puede ocasionar un desorden en el discurso de quien la padece.

J. fue haciéndose parte de una forma de funcionamiento que lo acomodaba y le daba seguridad. Fue adquiriendo actos rituales como, por ejemplo, poner título a cada obra finalizada. Esto lo ayudaba a ordenar sus ideas y poder exponerlas para sí mismo y para el terapeuta.

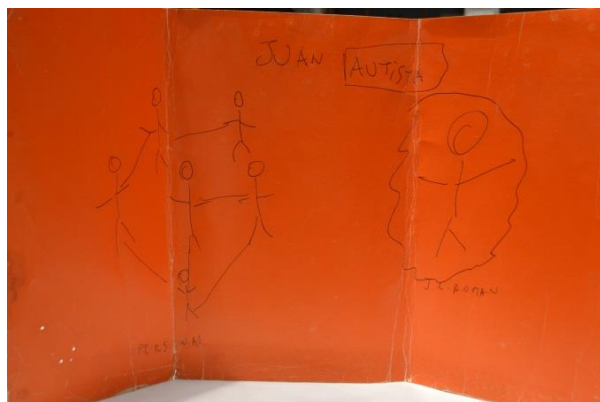
El estudiante en práctica durante esta primera fase de vinculación expresa durante las supervisiones una confusión similar a la manifestada por la enfermedad del paciente. El hecho de que J. llegara en ciertas ocasiones con una actividad delirante tan alta y en otras ocasiones un poco más regulada, desequilibraban la forma de funcionamiento del espacio, puesto que, tal como lo expresa la sintomatología positiva del paciente, parecía tratarse con muchos personajes al mismo tiempo, J. y los personajes místicos que aparecían en su delirio.

### **3.3.2. Fase intermedia (Sesiones 5 a 11)**

#### **Proceso**

##### **3.3.2.1. Descripción**

Antes de entrar al box, J. es abordado por la enfermera del Hospital para tomarse los medicamentos. Antes de acompañarla, le dice al estudiante en práctica que hace poco hizo un dibujo y que lo había traído para mostrárselo, preguntando si estaba bien eso. Se le encomia por lo realizado, diciéndole que



era muy bueno que lo haya traído para compartirlo. Dice además que me ha traído el libro que y preguntó si había traído el otro libro prometido de Isabel Allende. El estudiante le

dice que sí. Mientras está con la enfermera, J. dice: “El arteterapia es bacán, he aprendido a sacar cosas afuera y puedo conocer cosas de mí mismo.”

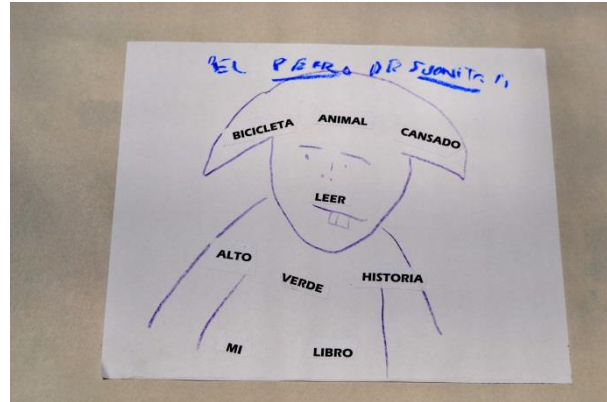
Una vez que ingresa al box entrega el libro y el dibujo (Fig. 9). Explica: “Ese grupo de personas es la sociedad, este de ahí es Juan Carlos Román que está solo, y el título es Juan Autista, no Juan el Bautista, es Autista.” El estudiante le pregunta sobre él, qué es ese halo que envuelve a Juan Carlos. Dice que es la representación de que está aislado. Se le pregunta cuando lo hizo y responde que después de pelearse con su mamá. El estudiante le dice: “Así es como te sientes.” Él responde afirmativamente. Después habla del autismo, dice: “¿has visto que en la tele ahora muestran muchos casos de autismo?” Le pregunta al estudiante si no cree que a lo mejor él también pueda tener, porque se aísla. Se le explica lo que es el trastorno autista y se intenta hacerle ver que esa enfermedad a veces tiene un parecido con lo que sentimos todos, que cuando nos peleamos con alguien o que a veces simplemente queremos estar solos nos aislamos para poder pensar, pero que eso no indica que tengamos la enfermedad. Se le devuelve el dibujo que hizo, ante lo cual él reacciona diciendo: “No, tú tienes que guardarlo.”

Se le muestra el poema que hizo la sesión anterior. Él lo lee. Se le recuerda que la vez pasada a él le había llamado la atención la palabra niño, porque a él lo ven como un niño, que así lo había visto su ex pareja, su mamá... y en ese momento interrumpe diciendo: “No, mi mamá no, era mi papá. Mi mamá me llama Juan Carlos, mi papá me decía mi niño.”

Después de eso se menciona que en la sesión pasada se le había prometido que iba a hacer un trabajo nuevo con poesía y se le muestran algunos ejemplos en el Ipad. Cuando ve el primero, dice: “Como los de Huidobro.” Su favorito fue el del molino, caligrama hecho efectivamente por Huidobro. Después de eso, se le muestran los materiales y se hace la invitación correspondiente a poder trabajar.

Para crear el caligrama primero delimita la figura: un perro. Se le hace entrega de diversas palabras. J. lee y pregunta si son al azar. El estudiante le responde que sí, pero J. va encontrando todas aquellas palabras que fueron puestas pensadas en él. Llena la figura con las palabras: “bicicleta, animal, cansado, leer, alto, historia, mi libro”. (Fig. 10) Cosas que lo representan a él. Esta vez trabaja mientras conversa, muy animadamente. Se le dice esta vez que se le ve más animado que de costumbre, que se ve con mucha energía. En ese momento sonrío y dice: “Tú ya me conoces... lo que pasa es que llegó al hospital una chica

nueva, se llama María Irene.” El estudiante pide le cuente un poco más sobre eso y menciona que estuvieron juntos en el taller de emociones y que Ignacia y Guido (profesionales del Hospital) se sorprendían porque él y María Irene daban respuestas similares. El estudiante le preguntó si él sintió una conexión. J. dijo que tenían gustos parecidos.



Después volvió al tema del cansancio, como en sesiones anteriores, que se cansa mucho y me dijo que ha pensado en la posibilidad de irse a un asilo. A continuación se relata lo siguiente:

**J:** En la calle a veces me dicen: Oye viejito, ven a tomarte un copete... ¿viste? La gente me ve viejo.

**AT:** Esa es una expresión. No es algo literal.

**J:** ¿Crees que me acepten en un asilo?

**AT:** Mira J., tienes 41 años, eres un hombre joven, entiendo que con tus problemas y los medicamentos te agotes, cambie tu ritmo corporal, etc. Pero el asilo es para personas mayores.

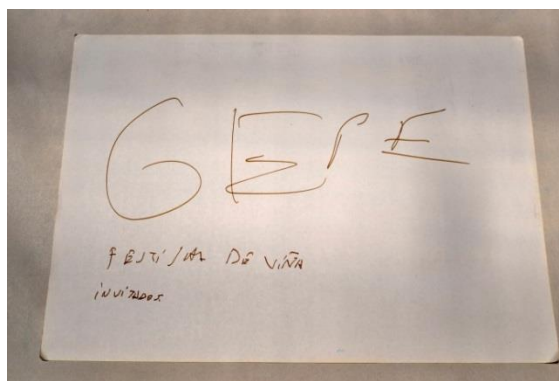
Luego pasa a explicar que además tiene que ser un asilo y no un hogar, porque en el hogar él igual tendría que hacer cosas, tendría que trabajar, en cambio en el hogar él podría descansar. El estudiante en práctica le responde: “J., por qué mejor no te concentras en lo que puedes hacer ahora y lo del asilo lo piensas en unos 20 años más. Por ahora deberías concentrarte en las cosas que puedes hacer.” Se le señala además otra cosa, que resulta curioso el hecho de que él se fije que algunas personas le digan niño y otras personas le digan viejito, que hay dos extremos ahí, que él en realidad debería situarse entre estas dos imágenes, porque él es adulto.

Para finalizar J. dice que le pondrá un título al caligrama: “El perrito de Juanito” (Fig. 10) y se ríe, diciendo: “¿Entiendes? El perrito DE Juanito.” Haciendo énfasis en la palabra “de”. El estudiante le dice que sí, y también sonrío, añadiendo que es como decir: “El inteligente de Juanito.” J. dice que sí, que es como eso.

En el sexto encuentro, J. comienza diciendo que tiene muchas cosas que contar, que tiene una bolsa de gatos en la cabeza. El estudiante en práctica le dice que este es el espacio en el cual puede ordenar sus ideas. Comienza a enumerar: 1) El dibujo de Juan Autista (el cual se le muestra), dice que sigue pensando que tiene autismo o que tiene un poco de autismo. Se le explica nuevamente en lo que consiste el trastorno autista, porque él quiere que la doctora le entregue medicamentos para el autismo. Después de eso el estudiante en práctica le explica en lo que consiste una metáfora (él dice que no se acuerda lo que es una metáfora, que eso se lo pasaron en el colegio). Se le da un ejemplo: “es como cuando a una mujer se le dice que es una flor, uno no cree realmente que ella sea una flor si no que es una persona, pero uno le da características del objeto que es la flor, es decir que es delicada, que es linda, etc, a la mujer.” Se le explica entonces que tal vez con el autismo a veces pasa lo mismo, una persona puede decir que es autista porque uno está mostrando características del autismo, como el hecho de aislarse. J. dice que él se aísla. Después pasa a explicar el número 2) El festival de Viña. Aquí comienza con un poco de actividad delirante (puesto que hace entender que el espectáculo fue armado en torno a sus preferencias), contando que el festival de viña tiene todos sus gustos, que va a estar Gepe (canta una canción: “un bicho puede picarte, un león puede comerte y hacerte desaparecer.”) J. dice que esa parte le da miedo, de hacerlo desaparecer, porque dice que a él le espera un final como el de Juan el Bautista, en que le cortan la cabeza. Dice que él quisiera volver a corta estadía, porque está muy mal con sus ideas. Se le explica, nuevamente, que las canciones, al igual que los libros, tienen letras que no son concretas, que no tienen un efecto real en nuestros cuerpos, que no porque alguien cante eso tiene que tener miedo de desaparecer. Él dice que no, que él cree que eso va a pasar. Después de eso dice que está cansado con los Juanes, que en todas partes hay Juanes, en el hospital, en su barrio, etc. Dice que le molesta que haya tantos, porque lo tratan mal. Se le pregunta qué es lo que le molesta de los Juanes. Dice simplemente que son pesados. Vuelve a comentar otra vez sus delirios (pero esta vez de manera controlada, tomando distancia de las cosas que cree y de las que no cree). Dice que a Juan el bautista le cortan la cabeza y que él está obsesionado ahora con la cocinera del restaurante de su mamá, que no se la puede sacar de la cabeza, porque él cree que ella es una escogida. Cuenta que una vez la bautizó y que después le dijo que la iban a crucificar y que ella se enojó. El estudiante en práctica le pregunta: “¿qué crees que habrá sentido ella

cuando le dijiste eso?” J. dice que se tiene que haber asustado. Se le dice que es importante que él tenga en cuenta las cosas que le dice al resto, porque a veces hay cosas que son muy fuertes y que uno no puede andar diciéndole a todos. Luego habla de su primo, que se llama Fabián Christopher, y dice que como es “Cristo” y es su primo, entonces es casi evidente que él tiene que ser Juan el bautista, porque igual es primo de Jesús. Entonces habla del final de los finales, que será lo que le espera a él. Se le recuerda que en la sesión pasada se había acordado que debía empezar a centrarse en lo que le pasa y cómo se siente ahora y que no tenía que centrarse por ahora en el futuro, que eso lo puede dejar para más adelante. En este momento vuelve a ver su dibujo y dice: “Por favor, cuida este dibujo, que no le pase nada, porque esto es un grito en la oscuridad.” Se le pregunta qué significa “un grito en la oscuridad”, ante lo cual él responde que es algo que habla de su soledad.

Durante la sesión vuelve a agradecer porque se le ayuda a ordenarse, que durante las sesiones él ordena sus ideas. Después se le invita a trabajar. En esta sesión había revistas para collage. J. dice que él ya ha hecho collages antes. Toma las revistas, las hojea y dice que está cansado. El estudiante le dice que lo nota cansado, que pueden ser los medicamentos. Él dice que sí. Pregunta si puede esta sesión no trabajar, y se le explica que es libre de hacerlo, que este espacio es suyo, pero que de todas maneras se le invitaba a probar con el material de la forma que sea. Él dice que a él le gusta dibujar y le gusta el arte. Se le anima diciéndole que eso es bueno, que entonces puede aprovechar sus tiempos para poder hacer arte. Entonces J. dice algo que demuestra su confianza en el arte terapeuta y que ya tiene un vínculo sólido, dice: “A mí me gusta el arte, pero qué va a pasar cuando tú ya no estés”. Esta frase deja pensando al estudiante en práctica en la temática ya tratada antes, del final de los finales, de los procesos de duelo y de las cosas que tienen un término. Se le explica que tiene todavía un tiempo de trabajo, que puede seguir trabajando junto al arte terapeuta, pero que el objetivo es que él pueda más adelante valerse por sí mismo, seguir haciendo lo que hace junto al estudiante ahora, pero por su propia cuenta. Cuando la sesión está por finalizar, J. dice: “Oye, ¿alcanzo a hacer algo o ya estamos





listos?” El estudiante le dice que quedan cinco minutos. Entonces rápidamente toma una hoja de block y con un lápiz scripto escribe rápidamente GEPE, Festival de Viña, Invitados (Fig. 11) Luego de hacer esto dice con un suspiro: “Ya me siento más aliviado”. Se le dice que la otra semana puede trabajar con collage y se le pregunta además con qué otro material le gustaría probar. J. dice que es bueno sólo con el dibujo, pero que le gustaría probar también con otras cosas.

En el séptimo encuentro J. se ve muy animado y enérgico. De hecho él mismo dice que se siente muy bien y pregunta al estudiante si lo nota. El terapeuta le responde afirmativamente, que justamente eso quería comentarle. Le explica que hay que aprovechar eso, que a veces él va a estar bien y otras veces va a estar mal, entonces debe aprovechar esas energías en la sesión.

**J.:** Me di cuenta que me siento bien cuando ayudo a los demás.

**AT:** ¿Cómo es eso?

**J.:** Lo que pasa es que en la mañana fui al local al que voy siempre a tomarme algo y fumarme unos cigarros y la señora me dio vuelto demás y no se dio cuenta. Entonces le di esa plata y unos dulces que tenía a un chico en el hospital que no estaba muy bien.

**AT:** Eso es muy bueno, que bueno que te hayas dado cuenta que te gusta ayudar a la gente.

**J.:** Lo hago porque mi mejor amigo, que se llama Moisés, el Moisés de las aguas milagrosas, me dijo que todos los santos tienen que ser buenos, entonces como yo soy santo tengo que hacerlo.

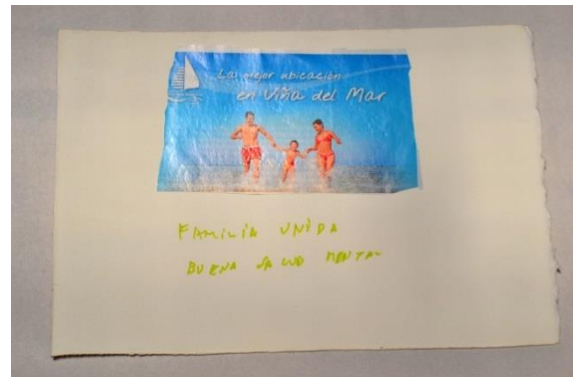
**AT:** Lo importante, J., es que hayas encontrado algo que te da felicidad, eso es bueno.



J. dice que quiere trabajar, entonces lo primero que hace es retratarse en color verde, en acuarela, y se coloca arrodillado como rezando. Vuelve a decir que lo hace así porque él es santo. Se coloca un color rojo intenso en el rostro y en los brazos y coloca color negro en los zapatos y dice que eso es por los mormones. Cuenta que descubrió que hay mormones que son brujos, que él solo se dio cuenta de eso. Después hace otro dibujo al lado, de un hombre que está bautizando a otro. Lo hace con verde

también, pero el agua lo hace con amarillo, porque dice que es como la luz que purifica (Fig. 12). Cuando termina dice que quiere hacer otro, y pregunta qué podría hacer. Se le dice que podría hacer algo que le gustaría hacer a él, como había descubierto que le gustaba ayudar a los otros, que hiciera otra cosa que le gusta hacer. Así que J. comenta que hará un avión, porque hace tiempo que no sale de vacaciones y le encantaría salir. Mira los materiales y dice que quiere usar tinta china, y dice que nunca la ha usado así

que le pide al estudiante en práctica que le enseñe cómo se hace. Éste lo hace y J. da las gracias. En la parte final del avión coloca LAN (Fig. 13) Cuando termina hace una tercera obra, pero dice que esta vez hará un collage, porque le encanta el collage. Pide ayuda, dice que necesita buscar en las revistas una imagen de familia. El estudiante en práctica encuentra una y J. dice que esa está perfecta y da las gracias y la mano (gesto que repite en todas las sesiones cada vez que se siente agradecido). La recorta y en



la parte de abajo coloca en verde la siguiente frase: Familia unida buena salud mental. (Fig. 14) Luego de eso dice que ya está bueno, que ya hizo hartito y da la mano para despedirse (siempre al final de la sesión se pone ansioso por salir a fumar). Se le informa que todavía quedan 10 minutos, entonces pide conversar otro poco. Dice que ha tenido algunos problemas con su mamá, pero que ella le dijo que no dijera nada. J. dice: “mejor no te digo porque o sino queda la grande”. El estudiante le dice que no se preocupe, que no tiene que contarle todo, que hay cosas que él puede reservarse. Se le pregunta por el libro de Isabel Allende y dice que no ha avanzado tanto, porque hace poco empezó a escribir sus memorias, las cuales está mecanografiando una chica de la feria que se ofreció para hacerlo porque él no tiene computador. Se le felicita por la iniciativa, diciéndole que esa es una

buena actividad, porque le ayuda a revisar su historia y está haciendo algo productivo y creativo.

En la octava sesión existen varias interrupciones, esto debido a que el box es un espacio de uso colectivo: psicóloga, estudiantes en práctica o simplemente guardando algunos objetos. A pesar de las interrupciones, el estudiante le recuerdo a J. de lo que estaban hablando y no tiene problemas en continuar con su relato.

**J.:** El otro día me pasó algo divertido, estaba con su familia y justo sonó la canción de Gepe, y nadie se dio cuenta.

**AT:** ¿Qué fue eso de lo que nadie se dio cuenta?

**J.:** Yo no más me di cuenta de lo que dice la canción, pero preferí no decirle a nadie.

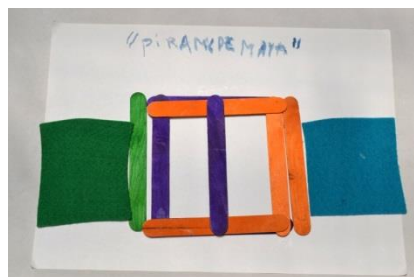
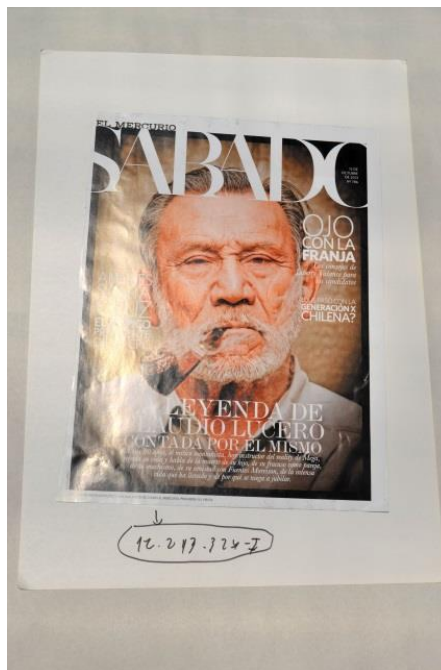
**AT:** ¿Te pasa mucho esto, de que la gente que está contigo no se dé cuenta de las cosas que tú sí?

**J.:** Sí, pareciera que estoy como en otra sintonía.

**AT:** Hay que buscar maneras de poder estar en sintonía con el resto, de poder comunicarse con ellos de tal forma que puedan entenderse.

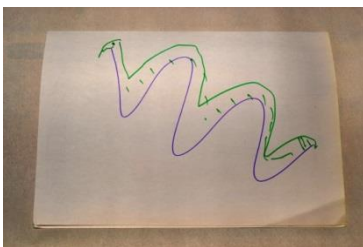
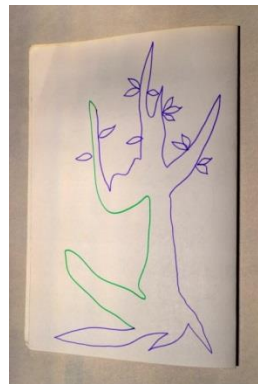
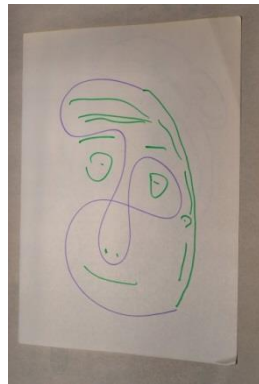
J. quiere empezar a trabajar y quiere hacer collage.

Comenta que en su casa le gustan sus collages, porque él siempre ha hecho, y que en su familia siempre se ponen contentos cuando los ven. El estudiante en práctica le dice que ahí tiene algo para compartir con el resto, hay un punto de encuentro. J. dice que a él le quedan mejor que a su papá, porque su papá también hacía. Luego menciona que quiere hacer con el collage algo para darle buenas vibras al resto, después corrige la palabra y dice no buenas vibras porque eso es muy mágico. El estudiante le pregunta si es algo así como desearle



buena suerte al resto. Y él dice que es eso, como desearle bien a alguien. Dice que lo hará con su número de carné. Lo muestra: 12.243.327-7. J. pregunta: ¿Te das cuenta de las relaciones numéricas? El estudiante responde que sí, que hay una repetición y le dice que quizás a él lo que le gusta es la simetría, que las cosas se vean equilibradas.

Entonces toma las revistas y otra vez pide ayuda, pide buscar a gente famosa. Entonces toma la portada de una revista sábado en la que aparece un hombre, que al parecer es diseñador, y lo pega en la hoja de block. Abajo coloca su rut y dice listo (Fig. 15). Se le pregunta entonces cómo funciona esto, y él dice que de esta manera es como que él le desea buena suerte a esta persona. Dice que quiere hacer otro y pregunta si hay más materiales. El estudiante busca más materiales y le muestra unos palitos de helados de colores y unos pedacitos de telas de colores. J. pregunta cómo se usa eso, y se le explica que las obras de arte no son solamente bidimensionales, pueden ser tridimensionales también. Entonces toma los palitos de helado y rápidamente dice que quiere hacer una pirámide, porque siempre le han gustado. La arma y al lado le coloca pedazos de tela verdes, el pasto. El título de la obra es “Pirámide Maya” (Fig. 16). Se le pregunta qué guardaría él ahí, y dice que ahí se guardan cadáveres generalmente. Se le pregunta nuevamente, personalmente, que guardaría él. Responde: “Chuta a ver... guardaría plata y también colocaría a un ser



querido que haya fallecido.” “Ese es un lugar de seguridad”, le dice el estudiante. J. responde que sí. Se le pregunta por qué gente buscó a gente famosa para hacer la obra

anterior, ante lo que responde que es porque ellos lo tienen todo fácil, para ellos la vida no tiene complejidades. Entonces el estudiante le propone que quizás debería desearle buena suerte a gente que lo necesita más, si no le parecía mejor así. J. lo piensa y dice que sí, toda la razón, que hay

gente en su familia, por ejemplo, que necesitarían más suerte. Dice que ya está listo (otra

vez con las ansias por fumar) aunque le quedan 15 minutos. Pregunta qué más puede hacer. El estudiante le dice que conoce un juego, que pueden jugarlo, es fácil y divertido. “¿un juego?”, pregunta J. Se le explica el juego de los garabatos. Pregunta cuando alguien pierde. “Nadie pierde, la idea es poder avanzar sin importar el tiempo”, le responde el



estudiante. La idea es que uno hace un garabato y el otro busca una imagen que vea en él. Salen dos personajes, una serpiente y un árbol. (Fig. 17; Fig. 18; Fig. 19; Fig. 20) En la última imagen al estudiante le cuesta encontrar algo y J. dice: “¿Te digo lo que hay?” El estudiante acepta y J. le dice que hay una pistola. “¿Viste que tengo harta

imaginación?”, menciona J. Yo le digo que sí que es muy creativo. Me pregunta si la voy a dibujar y le digo que no, que yo vi otras cosas y hago el árbol. Se le pide luego que cree una historia con los personajes. J. relata que son dos hombres que van a hacer un pacto con el diablo, que es la serpiente que está en la higuera. Cuenta una leyenda, de que si uno le toca la guitarra a una higuera en una noche de luna llena se aparece el diablo para pedirle deseos.



En la novena y décima sesión se trabaja con plastiscina. El estudiante en práctica le propone que cada uno cree la figura del otro. Así aparece la figura del estudiante (Fig. 21) y la figura de J. (Fig. 22). Luego de eso se le pide que pueda ir construyendo una historia con los personajes. A medida que relata la escena van apareciendo más personajes: su madre

(Fig. 23), la cocinera (Fig. 24) y el garzón (Fig. 25). Va mostrando cómo es la dinámica en el restaurante de su familia. Va mostrando cómo son sus relaciones. Durante uno de los silencios, el estudiante en práctica comenta que la figura de J. tiene la cabeza hacia abajo, ante lo cual responde que es



porque tiene vergüenza. Se le pregunta de qué, y J. responde que no, que mejor la arregla para que la tenga en alto.

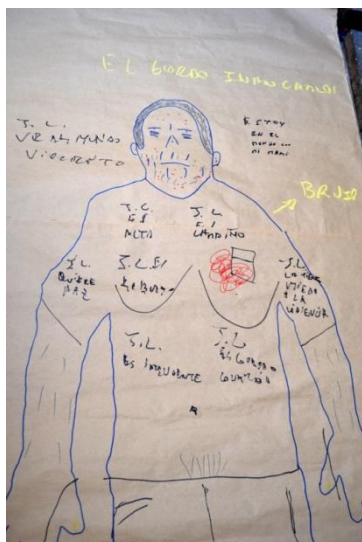
Durante la décima sesión se trabajó con los mismos personajes y se ofreció más material, para seguir elaborando más figuras. J. volvió a acomodar los personajes sobre el



escritorio. Agregó a un cura de negro (Fig. 26), porque contó que fue a misa el sábado. Esto le hace bien (según él). Después de eso comentó que nadie lo respeta, le molesta que lo llamen por su nombre en diminutivo, que le digan compadrito, que eso no es respeto, sobre todo está

molesto con un paciente joven del hospital de día. Sin embargo él los trata con la misma falta de respeto cuando me habla de ellos. Mientras se conversa, durante la sesión el estudiante en práctica toma un pedazo de plastiscina y J. va observando la figura que va realizando éste (haciéndola sin una finalidad). J.

menciona que el estudiante en práctica hizo una copa de fútbol. Él intenta hacer lo mismo. Después de eso, se sigue jugando con la plastiscina. Mientras conversan, sin querer J. mira lo que hizo. Dice: “Mira, salió un rostro. Qué creativo soy”. Luego de eso, pide que lo guarde como una obra más dentro de las otras.



En la décima sesión se trabajó la silueta de J. (Hay que recordar que dentro de los objetivos terapéuticos se encontraba el poder abordar la autoimagen del paciente). Luego de hacerla él dijo que no era tan alto como él cree que es. Después lo rellenó y lo pintó, literalmente (de una manera bastante concreta), con todas sus partes y ropa, sus marcas corporales e hizo una marca en los dedos de las manos mostrando un movimiento raro que puede hacer con ellos. Luego de observarlo, se le pide que coloque las características de J. dentro de la figura (miedos, sueños, etc.). Luego que pueda colocar fuera de la imagen cómo es el

mundo exterior. A propósito de este ejercicio aparece el tema del respeto, cómo le gusta

que lo traten a él. No le gusta que lo llamen por su nombre diminutivo, siente que eso lo disminuye. Luego cuenta sobre algunas discusiones que ha tenido con algunas personas, y cómo él ha reaccionado de manera violenta en aquellas circunstancias. (Fig. 27)

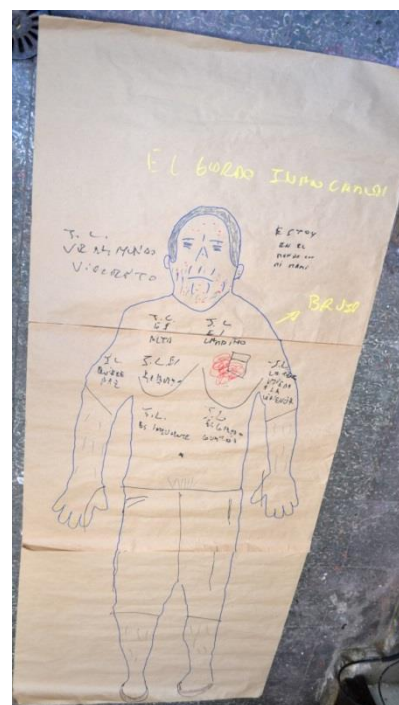
### 3.3.2.2. Análisis

En el quinto encuentro, ya se hace evidente el vínculo terapéutico entre terapeuta y paciente. J. demuestra, a través del acto de llevar a la sesión un dibujo, que tiene una relación basada no en la palabra hablada, solamente, sino también a través de un nuevo lenguaje: el lenguaje plástico-visual. J. es capaz de mostrar sus sentimientos y afecciones con su terapeuta.

En lo que respecta a la imagen construida, se observa que: J. es capaz de observarse a sí mismo y generar relaciones interesantes a través del lenguaje escrito (utilizar la palabra “autista”, habiendo conversado previamente sobre “Juan el Bautista”). Juega además con su propia identidad, utilizando su nombre de pila real y el del personaje bíblico (hecho que da cuenta además de la escisión yoica y la constante actividad delirante). Tiene consciencia de lo que genera su enfermedad (aislamiento). Es interesante además, el acto de entrega que realiza, puesto que de esta manera está poniendo una absoluta confianza en el terapeuta, comprendiendo que es él quien guarda y protege sus obras. Es entregar parte de su intimidad.

De acuerdo a los diálogos desarrollados durante la sesión número 5, se observa que J. es un paciente al cual es necesario confrontar (desde la confianza), explicar y darle a conocer puntos de vista diferentes.

J. muestra un grado de vinculación genuino al decir que le gusta el arte, pero que no sabe qué hará cuando su terapeuta ya no lo esté acompañando. Esta frase debió ser manejada con cuidado, puesto que el espacio terapéutico debe potenciar la autonomía del sujeto. La frase



pronunciada por J., aunque demuestra un fuerte grado de vinculación, puede ser leída además como una especie de apego dependiente hacia otra figura.

La actividad delirante de J. se asocia a problemas de identidad. Le molesta que existan muchas personas con su nombre, tal vez como una forma de proyección de su yo escindido. J. desea tener un yo unificado, lo que en este caso se traduciría en la posibilidad de ser único.

Durante la finalización del sexto encuentro, J. realiza rápidamente una “creación”: escribir el nombre del cantante, rápidamente. Este acto podría identificarse quizás con una capacidad sublimatoria, puesto que el paciente sabe que dentro de este espacio puede descargarse emocional y físicamente a través de los materiales. Este acto le permite sacar una idea y “dejarla” en el espacio de trabajo.

Como se muestra en el séptimo encuentro, la sintomatología de J. es parte importante del funcionamiento del espacio de Arteterapia. Los delirios forman parte una y otra vez de sus imágenes visuales y discursos. Sin embargo, el estudiante en práctica va adecuándose de tal manera que pueda dialogar con los recursos saludables del paciente, como por ejemplo cuando enfatiza lo bueno que es que se haya dado cuenta de que le gusta ayudar a la gente, evitando mencionar quién lo haya dicho (Moisés de las aguas milagrosas). Esto no significa que el terapeuta deba negar la sintomatología de su paciente, sino más bien, debe buscar la manera de que el paciente pueda aferrarse lo que más pueda a su principio de realidad.

Es importante además, en el caso de J., que pueda ir realizando varias obras en la sesión y no solamente una, puesto que como ocurrió en el séptimo encuentro J. sacó otros temas (el viaje y la búsqueda de la familia unida), dejando a un lado, aunque sea por un momento, el tópico delirante.

Resultó importante durante la octava sesión haber realizado una actividad espontánea (el juego de los garabatos). De esta manera se pudo crear una atmósfera lúdica. Lo más interesante de este evento, es el hecho de que el arte permita generar dos visiones con respecto a un mismo elemento (en el momento en que el arma “vista” por J. es cambiada por un árbol “visto” por el terapeuta). A través de este mecanismo se puede ir generando un proceso de cambios de significaciones con respecto a un solo objeto (una tarea difícil en la psicosis).



El espacio arte terapéutico genera posibilidades distintas al de la psicoterapia verbal tradicional. Por ejemplo, en la novena y décima sesión queda claro cómo, a través de los personajes hechos de plastilina, J. puede tratar sus problemáticas, hablando en tercera persona. De acuerdo al mecanismo psíquico de la proyección, se asume que lo tratado con los personajes son temas del paciente mismo. Al hacerlo en tercera persona (hablar de lo que le pasa a ese personaje), el efecto resulta menos amenazador.

Nuevamente, al igual que en el juego espontáneo de los garabatos, se observa que los ejercicios espontáneos generan sorpresa en el paciente y en el terapeuta. Durante la décima sesión, cuando J. conversa, ambos se encuentran trabajando con plastilina (sin un objetivo) y descubren formas nuevas (momento en el cual J. declara: “qué creativo soy.”)

En el undécimo encuentro se trabaja la imagen de J. (esto de acuerdo a los objetivos terapéuticos). La forma propuesta del ejercicio (proveniente desde la supervisión con la docente) permite al paciente diferenciar lo interno y lo externo, estableciendo límites claros y precisos. Esto lo lleva a desarrollar temas que tienen que ver precisamente con la forma en que los demás lo ven. Es interesante destacar que J., al verse retratado a escala, se sorprende de poder autoobservarse. Este hecho facilita además cierto trabajo “empático”, es decir, puedo ponerme en el lugar del otro y verme a mí mismo.

El estudiante en práctica en la fase intermedia del proceso, siente mayor seguridad, al ver que el vínculo terapéutico se consolida. Comienza a jugar un papel más espontáneo al momento de abordar las sesiones y de mantener conversaciones con el paciente.

### **3.3.3. Fase final (Sesiones 12 a 16)**

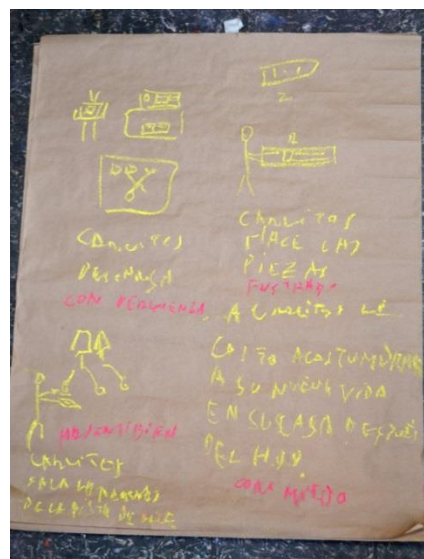
#### **Desvinculación y duelo**

##### **3.3.3.1. Descripción**

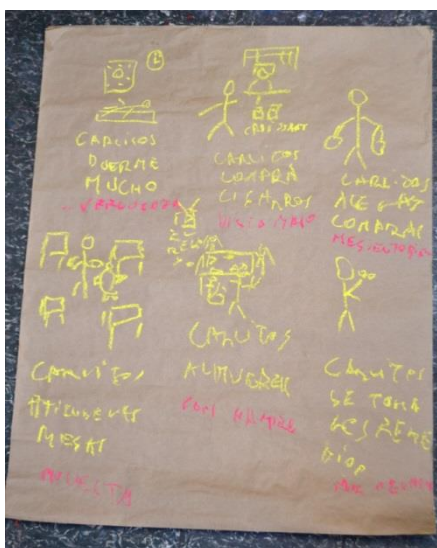
Partida del hospital de día:

Durante la sesión número doce, J. no quiso trabajar. Había sido dado de alta por el hospital y debía retirarse. Se veía nervioso y ansioso. La enfermera le dijo que podía entrar al box y que le avisaba cuando llegara su madre para retirarlo. Entró pero dijo que no quería hacer nada con materiales, sólo conversar, porque necesitaba concentrarse. El estudiante en

práctica le dijo que se veía nervioso. J. en esta sesión no acordaba con muchas cosas que decía el estudiante (resistencia, tal vez). J. dijo que estaba tranquilo, a pesar de verse muy inquieto. En esta sesión J. contradijo al arte terapeuta varias veces, de una manera bastante diferente a cómo se había desarrollado el proceso anteriormente. J. estaba preocupado por la llegada de su mamá. J. dijo que era bueno irse del hospital de día, porque habían muchos enfermos y él ya estaba bien, que a él le hacía mal ver gente que estaba mal. De todas maneras se comprometió a seguir asistiendo al proceso arte



terapéutico, que iba a venir los jueves. En esta sesión, el estudiante en práctico le regaló una croquera para que pueda continuar con su proceso creativo fuera del espacio terapéutico. Le explicó qué cosas podía hacer en ella, utilizarlo como una forma de registro, para dibujar, escribir, etc. J. lo agradeció mucho.



En esta sesión el estudiante en práctica pudo conversar con la madre de J. Se ve una mujer muy amable, preocupada por su hijo. Se ve cansada también por la situación. Le da refuerzos positivos, pero dice que su hijo hace muy pocas cosas, se cansa rápido. Ella agradeció el espacio de Arteterapia, que ella lo va a motivar y recordar para que vaya los jueves. Dijo que J. le ha comentado sobre las cosas que ha hecho, pero considera que a J. le faltan actividades para hacer.

En la sesión número doce se comienza a trabajar el proceso de duelo: se le va recordando a J. cuántos encuentros quedan y las actividades que pueden ir realizando en conjunto con el estudiante.

En la sesión número trece se enfocó en torno a cómo es su vida ahora, ya que había dejado el hospital de día una vez más (se debe recordar que J. tiene un gran historial clínico de

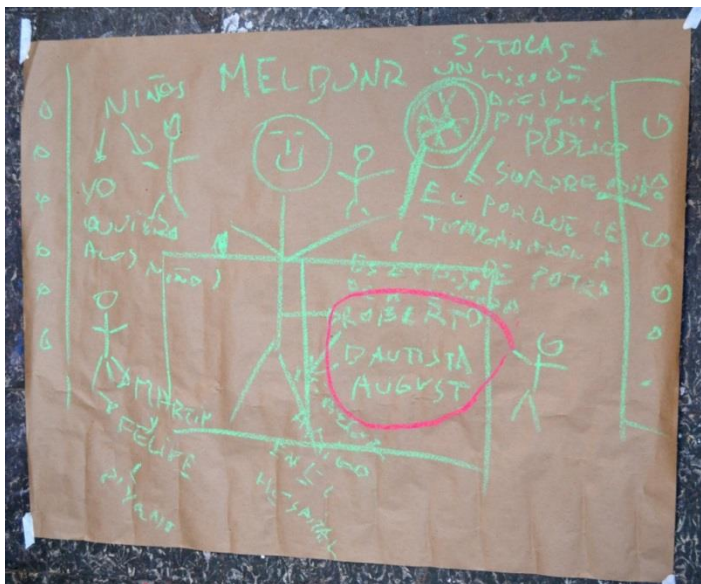
paso por instituciones de salud, pasando por internación en clínicas privadas, en la unidad de corta estadía del Hospital Barros Luco y el actual Hospital de día).

A J. le agradó el formato en papelógrafo sobre pared (semejante a la silueta), así que pidió trabajar así nuevamente. El estudiante en práctica le pide (de manera directiva) que pueda graficar sobre el papel su rutina en dibujos, como una especie de historieta. Cada acción luego, de acuerdo a la premisa, se va asociando a una emoción particular. Vuelve a salir el tema de que está cansado, también que él ayuda a su mamá en lo que puede. Dice que le ha costado adaptarse a este nuevo horario. (Fig. 28 y 29)

Cuando la actividad finaliza, le muestra al estudiante en práctica la croquera que le había regalado. Dice que tiene garabatos, que lo disculpe. El estudiante le aclara que no se preocupe, que ahí él podía expresar lo que quisiera y de la manera en que quisiera hacerlo.

Muestra algunas de sus anotaciones, parte de sus delirios y de sus cuestionamientos sobre ellos. Se pregunta cada vez que lee: “¿Será esto así o no?”, “¿Seré Juan el Bautista?”, “¿Seré Jesús?”

En la sesión número catorce, J. ingresa al box y dice que tiene algo en mente para dibujar (Fig. 30). Hace un jugador de tenis, a propósito de un partido reciente, le pone nombre y coloca niños



alrededor y un público. Se le pide que explique el dibujo y coloca palabras a todo. El nombre del jugador le recuerda a un amigo (Roberto) jardinero del hospital. Dice que con él pasaron cosas que prefiere no contar, porque son de poco hombre. Se empieza a conectar nuevamente temas del dibujo con su emocionalidad. Qué le producen los niños (una proyección de sus sobrinos). Esto también es importante, ya que muchas veces él mismo dice sentirse como un niño.

Se revisan los trabajos de las otras sesiones, se ahonda en algunos detalles de ciertos temas, por ejemplo el de buena salud mental con la familia unida del collage. Va

recordando cada cosa que fue creando y explica nuevamente lo que ya había hecho antes con esos trabajos.

En la croquera no ha escrito mucho desde la última vez.

En la sesión número quince, J. nuevamente llega con una alta actividad delirante. “Soy Jesús y soy brujo”, es lo primero que menciona. Esta vez el estudiante en práctica hace preguntas para que pueda aferrarse a la realidad (preguntas como: ¿cuándo piensas esas cosas?, ¿qué estás haciendo mientras lo piensas?, ¿con quiénes estás cuando vienen estos pensamientos a ti?, etc.). Luego se observa la silueta creada en la sesión número once, y se



recapitula un poco lo que ya se había dicho. Luego J. hace un dibujo de Jesús en otro papelógrafo, pegado al de su silueta (Fig. 31). J. comienza que ese de ahí es él. El estudiante en práctica le pide que vea las dos figuras desde donde está él y le dice: “Son parecidos, pero a la vez distintos, podrías marcar las diferencias.” J. va escribiendo las diferencias entre las

dos imágenes, mientras dice que tiene miedo a ser crucificado. El estudiante le pregunta a qué más le tiene miedo (realiza esta pregunta hasta que J. pueda responder no desde el delirio). J. responde finalmente que tiene miedo a terminar en corta estadía y conversa sobre eso. Esta vez el estudiante en práctica siente una seguridad mayor y ayuda a J. a aferrarse a la realidad a medida que conversan, confrontándolo y no lo deja quedarse vinculado únicamente al delirio.

Para finalizar le pone título a las obras y después de eso J. dice: “Ese soy yo por fuera (indicando su propia silueta) pero ese soy yo por dentro (indicando la figura de Jesús)”. El estudiante en práctica le dice que ese (la silueta de J.) es la imagen con la que nos relacionamos todos, todos nosotros vemos a ese de ahí, que lo de adentro puede ser una experiencia personal, que no necesariamente todas pueden entender, que es importante que entienda que nosotros nos relacionamos con el de la silueta. Luego de este comentario J. se queda en silencio.

Comenta que ha anotado nuevas cosas en la croquera. Cuenta también del tarot, que su mamá le quemó las cartas. El estudiante en práctica le da a entender que ella se preocupa por él. Dice que todas maneras tiene otro mazo de cartas del tarot y que le gustaría compartir con el estudiante en práctica una lectura de ellas.

En la sesión final, J. entró y dijo que no estaba bien, que había dormido muy mal, que había tenido pesadillas, que había gritado y su mamá le había ido a preguntar qué le pasaba. Seguía con el tópico delirante de la identidad con Jesús. Se le olvidaron las cartas.

Se hizo un trabajo de despedida: el estudiante en práctica le dijo que él le haría un dibujo y que él podría hacer uno para el estudiante. El estudiante en práctica hizo una carta del tarot (La templanza). Le explicó qué le gustaba de esa carta, por qué pensaba que le podía servir. Es una imagen de equilibrio, una figura que resiste pesares. J. hizo un campo de Buin (donde vive él) para que se acuerde de él, (bastante estereotipado), una casa de adobe, una familia (mamá bizarra), una vaca, un perro, un lago con peces. Un atardecer.

Luego el estudiante en práctica intentó hacer proyectivo el juego con los dibujos, preguntándole si fueran cartas del tarot qué dirían sobre él: le gustó la metáfora del agua, que fluye, como la vida. “Estar sano es fluir”, no quedarse detenido. Dijo que el sol podría significar éxito.

Menciona mientras conversamos que lo que tiene él en ese espacio de arteterapia son como entrevistas de esas de la tele, porque uno dice la verdad.

**AT:** ¿De qué te sirvió este espacio?

**J.:** Me gustó, porque pude conocerme mejor (silencio). Aunque yo nunca puedo terminar las cosas, siempre empiezo algo y las dejo de lado. Como caballo inglés.

**AT:** ¿Qué cosas has podido terminar, que recuerdes?

**J.:** Casi nada, ni una carrera

**AT:** Pero terminaste de trabajar las 16 sesiones de arteterapia, tal como te habías comprometido desde que comenzamos. En este espacio pudiste concerté mejor, fuiste cumpliendo con tus expectativas, te mostraste como una persona creativa, inteligente. Lo importante es que este espacio te sirva para seguir trabajando, porque uno nunca termina de conocerse, quizás quieras ver otros temas como poder trabajar o quizás proyectos de pareja a futuro.

Antes de finalizar la hora, J. le deseó éxito en el viaje al estudiante en práctica (se había conversado que éste partiría a Buenos Aires a estudiar). El estudiante le da las gracias y también le desea éxito en las cosas que hiciera de ahora en adelante.

J. se marchó con sus obras. Se notó bastante triste.

### **3.3.3.2. Análisis**

A contar de la sesión número doce, se ve en J. un alto compromiso con el espacio de trabajo. A pesar de no tener que asistir a las actividades del Hospital de día, no faltó en ni una sola ocasión, a la hora exacta acordada desde el primer encuadre. Simbólicamente, la partida de J. del Hospital comienza con la etapa de desvinculación y duelo, ya que el paciente deberá adaptarse a un nuevo funcionamiento de su rutina.

J. es una persona que aprendió a confiar en el arte terapeuta. No sólo le servía el espacio en torno al funcionamiento con las dinámicas de arte, sino también como un espacio en el cual podía conversar sobre sus temores, sus angustias, ansiedades y alegrías.

J. es capaz de observar su nueva forma de vida en una secuencia de dibujos (según se aprecia en la sesión número trece). Además existe una observación de su emocionalidad, puesto que él mismo va nombrando cada una de las emociones que va sintiendo en su dibujo. Esto es importante porque se observa que muchas son negativas. J. puede mostrar cuántos son los momentos del día en los que se siente mejor consigo mismo y cuáles son las actividades que más lo aquejan o lo animan.

Por otro lado, es importante destacar el regalo de la croquera, puesto que fue acunada por el paciente con gran afectividad. La utiliza para ordenar sus propias ideas. Se debe hacer énfasis en la capacidad de cuestionar sus propias ideas delirantes.

En la sesión número catorce, J. menciona que hay un tema que prefiere no tocar (algo que ocurrió con uno de los jardineros del hospital, que dice ser su amigo). El estudiante en práctica decide respetar el deseo de no contar (este hecho es importante, porque puede sacar a luz un tema del cual no se pudiera hacer cargo, ya que el proceso arte terapéutico se encuentra en la fase de cierre). Esto también puede ser importante para el paciente, ya que muchas veces ellos deben contar constantemente a muchos terapeutas sus vidas, dando

detalles, no pudiendo guardar “secretos”. Es importante considerar que él puede guardar secretos, siempre y cuando no signifique algo que lo dañe a sí mismo a otros.

En la sesión número quince J. (con la ayuda del arte terapeuta) puede integrar dos imágenes escindidas: la de su figura y la de Jesús (parte de su actividad delirante). Este hecho es destacable, puesto que existiría aquí una eficacia propia del arteterapia: el hecho de que las obras sean guardadas a lo largo del proceso y puedan ser revisadas en otros momentos, puesto que al igual que cualquier objeto, pueden ser resignificadas. En este caso sirvió para que el paciente pueda integrar parte de su sintomatología.

Aunque en el relato se pierden ciertos detalles, es importante destacar que para esta instancia existe una confianza (tanto del arte terapeuta hacia el paciente como también del arte terapeuta consigo mismo) que permite que puedan haber confrontaciones con el paciente, que puedan ir haciéndolo observarse a sí mismo de manera crítica y reflexiva.

En la sesión final, se muestran ciertos factores que evidencian el pesar del duelo por el término del trabajo en conjunto: dormir mal, pesadillas, malestar, etc.

Se rescata de este momento, el valor que existe en poder conocer al paciente, cómo funciona, su lenguaje, sus herramientas, puesto que el estudiante en práctica (don debida precaución) intentó usar a su favor la imaginaria proveniente del mundo del tarot (teniendo serio cuidado con sobrestimular el pensamiento mágico, el cual tiene mucha relación con la actividad delirante del paciente), para que éste pueda observar elementos que pueden estar solapados. Esto además permite trabajar la resignificación de objetos y la capacidad de simbolización (recordando que éstos están dañados en la estructura psicótica), puesto que se le pueden valores no concretos a los elementos (la metáfora). Esto se logra a través de explicaciones y preguntas (¿qué crees que puede significar el agua?, ¿cómo es el agua?, en qué se parece eso a la vida?, etc.)

El estudiante en práctica en esta etapa de desvinculación y duelo siente que ha generado un vínculo terapéutico lo suficientemente fuerte como para iniciar un proceso de trabajo más prolongado. J. fue dando la posibilidad de abrir temas que podrían seguir siendo trabajados en un período aún más prolongado.

#### **4. Algunas conclusiones:**

De acuerdo a lo observado en la descripción y análisis del proceso creativo de J., se observa que el paciente es capaz de adscribirse a un lenguaje distinto al verbal (esto queda claro cuando J. hace un dibujo y lo trae a terapia), es decir, comprende que puede comunicarse con el estudiante en práctica a través de imágenes visuales, aunque sea de su preferencia la palabra hablada.

Es importante además destacar que se puede sacar mucho provecho a la práctica arte terapéutica, en tanto se puedan ir observando las obras creadas durante el proceso para poder ir estableciendo nuevas relaciones y significaciones, como ocurrió al finalizar el proceso, momento en el cual el estudiante en práctica pudo colaborar en la integración de un imagen escindida, propio del delirio recurrente en J., a través de las imágenes de Jesús y su propia silueta.

Como comenta Del Río y Sanz-Aránguez, hay ciertos pacientes que utilizan el espacio terapéutico como un medio para poder verbalizar a posteriori a la elaboración. J. siguió constantemente con este funcionamiento, la obra creada era solamente una “excusa” para poder abordar verbalmente otros asuntos. Este hecho, puede tener que ver también con el manejo de los materiales por parte del arte terapeuta, en el caso del estudiante en práctica. Si no se cuenta con una experiencia propia en la elaboración de creaciones artísticas, resulta bastante difícil poder acompañar a otro en ese mismo proceso. Es por esta razón que el arte terapeuta debe poseer un trabajo personal, no sólo a nivel psicoterapéutico (algo requerido tal vez en toda clase de terapeuta), sino también en su propio trabajo artístico, sea cual sea el recurso material de su preferencia.

A este respecto, J. Schaverien desarrolla dos conceptos importantes, que pueden arrojar nuevas luces sobre lo estipulado respecto al funcionamiento de J. con las obras creadas: “imagen diagramática” e “imagen encarnada”. Sobre el primer concepto, la autora señala que se trata de imágenes más bien descriptivas y que suelen no revelar grandes contenidos a la consciencia, por lo que no lleva a modificaciones en la psique del paciente. Es algo funcional, generalmente está hecha de acuerdo a una intención consciente y no quiere expresar mucho más allá de lo que pueda explicar a través de la palabra hablada el mismo creador. Según la experta, casi siempre éstas requieren de una explicación verbal, puesto que no se sostienen por sí mismas. Por otro lado, en el segundo concepto, se encuentran las “imágenes encarnadas”. Éstas son observadas como una totalidad, es decir, no pueden ser



dividas en partes. Todos los elementos dentro de ella se relacionan y no funcionan por separado. Es una totalidad irreductible. A diferencia de la imagen diagramática, ésta revela un profundo contenido psicológico. Aunque muchas veces el paciente decida llevar a cabo una creación determinada, ésta termina revelando un contenido inconsciente no previsto por éste. Pues bien, en el caso específico de J. es difícil conseguir que las obras lleguen a situarse desde la imagen encarnada. La mayor parte de la producción consiste en imágenes diagramáticas. Como la capacidad de integración del paciente, en este caso, está dañada, el terapeuta es quien le va dando luces de la manera en que puede ir generando ciertas asociaciones, como lo ocurrido en la imagen de la sesión número diez y la imagen resultante en la sesión número quince. Por otro lado, es importante destacar la aparición cada vez mayor de las palabras en el interior de los trabajos de J. Éstas son parte de la totalidad de la obra.

Hay que tener en cuenta que también hay pacientes en los que la obra se vuelve literal (sobre todo en la psicosis puesto que falla la capacidad de simbolización), entonces todo se intelectualiza y todo puede ser explicado por la vía verbal. A este respecto, es interesante observar cómo el arte brinda la oportunidad de poder ampliar la capacidad de ver e interpretar la realidad, cómo puede un mismo objeto ser observado desde otras aristas. Esto queda claro en el momento en que J. dice ver un arma en uno de los garabatos realizado durante la sesión ocho, pero el estudiante práctica le mostró que esa idea puede estructurarse como una imagen completamente diferente.

Como comentan algunos psicoanalistas contemporáneos al referirse a la subjetividad psicótica, este tipo de personalidades también son sujetos de lenguaje, de igual manera que en la estructura neurótica. He aquí la importancia de la utilización de la palabra, no solamente hablada sino también escrita, por parte de J. durante los procesos de creación. Al colocar títulos o escribir palabras en las mismas obras, se ordenaban en cierta medida las ideas, quedaban explícitas y claras, no solamente para mostrarlas al estudiante en práctica, sino además para él mismo. La palabra escrita explicaba, ordenaba, exponía, racionalizaba un sentimiento muchas veces agobiante debido a la fuerte carga de angustia con la que cargaba.

Entre el arte terapeuta y el paciente, es ideal que existan compromisos que puedan ir cumpliéndose en el espacio de trabajo. Desde la fase inicial, entre el estudiante en práctica

y J., se fueron generando compromisos (los libros de Isabel Allende, los poemas para ser trabajados en la sesión, la utilización de la libreta regalada en la fase final), que ayudaron además en la creación de un vínculo terapéutico basado en la confianza. Con respecto a la entrega de la libreta, resultó un objeto valorado por J., en tanto que la utilizó para anotar sentimientos, sensaciones, ideas, las cuales no necesariamente eran compartidas con el estudiante en práctica. Y aquí surge un punto importante de analizar. La libreta resultó ser un objeto concreto en el cual J. podía volcar su subjetividad por medio de la escritura, al cual podía acudir en cualquier momento del día y de la semana y en el cual podía mantener secretos, algo que no resultaba fácil de hacer en su hogar. Resultó ser un objeto seguro, un espacio lleno de significados personales.

Con respecto al espacio de trabajo, resulta ideal entregar herramientas de expresión a un paciente con una actividad delirante tan alta, puesto que a través de las obras pudo compartir con el estudiante en práctica parte de su sintomatología y las ideas podían ser discutidas y buscar nuevos significados a las imágenes visuales resultantes. Es importante destacar que los delirios no deben ser cuestionados por el arte terapeuta. Idealmente, se debe ayudar al paciente a poder arraigarse al principio de realidad desde su propio discurso, como quedó claramente expuesto en una de las últimas sesiones en la fase final del proceso arte terapéutico con J. Cabe señalar la importancia de las herramientas entregadas por el Dr. Fiorini en su obra “Teoría y técnicas de psicoterapias”. Aunque no se hace mención durante el relato de las sesiones en este trabajo monográfico, la *recapitulación*, llevada a cabo por el estudiante en práctica al final de cada sesión, fue necesaria como una forma de estructurar el trabajo de la sesión, dar énfasis en los aspectos positivos que se demostraron y como una forma además de dar un apoyo a la memoria del paciente sobre lo que ha realizado, tanto a modo específico como también a nivel de proceso. Esto ayuda a la persona a darse cuenta de sus propios logros y que la terapia no se vaya difuminando de manera poco clara.

Resulta importante además, hacer mención del trabajo en equipo. Resulta necesario, sobre todo en patologías severas, estar en constante comunicación con quienes trabajan con estos pacientes (psicólogos, terapeutas ocupacionales, psiquiatras, trabajadores sociales, talleristas, etc.). Esto hace que el trabajo que se realiza en conjunto, pueda resultar en

objetivos coherentes y específicos. Puede lograr además que para el mismo paciente tenga sentido el trabajo complementario con varios profesionales.

El arte terapeuta debe ir acomodándose a la forma de funcionamiento de cada paciente. Cada caso es una forma diferente de trabajo. Se observa que en el caso de J. lo esencial era la escucha, puesto que de esta manera él recibía contención y orden de su organización desestructurada. El arte terapeuta por lo tanto, debe estar abierto a recibir el paciente según sus necesidades, no obligándolo a realizar tareas si no lo desea, pero sí generando motivaciones para que pueda ir desarrollándose un trabajo en conjunto. Sobre este punto, es importante destacar: un proceso de arteterapia de 16 sesiones, es un acercamiento a lo que podría llegar a ser un verdadero agente de cambio para una persona (sobre todo si tomamos en cuenta la gravedad en este tipo de pacientes). En 16 encuentros, un paciente y un terapeuta ya se han conocido lo suficiente y conocen sus formas de funcionamiento (silencios, ritmos de trabajo, ansiedades, etc.), como para poder iniciar un trabajo más acabado y detallista, sobre problemáticas más complejas que en una práctica como esta no se pueden abordar, ya que se corre el riesgo de abrir temas que no puedan ser cerrados en un tiempo debido.

## 6. Referencias:

Berdichevsky, F., Caruso, C. (Ed.) (2004) *Arteterapia. Experiencias desde Argentina*. Argentina. Akadia.

Berdullas, P., Malamud, M. y Ortiz, G. "Psicosis y significación en Freud". En *Anuario de Investigaciones*. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Vol. 17. 2010. Págs. 41-46

Bourriard, N. (2006) *Estética relacional*. Argentina. Adriana Hidalgo.

Carniel, L., Torres-González, F. y VVAA. "Cuestiones existenciales en la esquizofrenia: percepción de portadores y cuidadores." En *Revista Saúde Pública*. 2011; 45(2): 401-8

Dörr, O. "El papel de la fenomenología en la terapéutica psiquiátrica con especial referencia a la esquizofrenia." En *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. V. 40. N° 4. Santiago. 2002. Pp. 297-306

Esteve, N., Román, N. y VVAA. "Psicoterapia de la psicosis: de la persona en riesgo al paciente crónico." En *Clínica y Salud*. Vol. 21. N°3, 2010. Págs. 285-297

Fiorini, H. (1997) *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Figuroa, G. "La psicología fenomenológica de Husserl y la psicopatología." En *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. Vol. 46. N° 3. Santiago. 2008. Pp. 224-237

García, I. "Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia". En *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. 28. N°101, 2008. Págs. 9-25

Killick, K. y Schaverien, J. (Ed.) (1997). *Art Psychotherapy and Psychosis*. Inglaterra. Routledge.

Lemos, S., Fonseca, E. y Vallina, O. “Bases clínicas para un nuevo modelo de atención a las psicosis.” En *Clínica y Salud*. Vol. 21. N°3, 2010. Págs. 299-318

López, M. y Martínez, N. (2006) *Arteterapia, conocimiento interior a través de la expresión artística*. España. Tutor.

Marxen, E. (2011) *Diálogos entre Arte y Terapia*. España. Gedisa.

Mingote, J., Del Pino, P. y VVAA. “El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento.” En *Medicina y Seguridad del Trabajo*. N°208. 3° Trimestre. Septiembre de 2008.

Pinsker, H. (1997) *Introducción a la psicoterapia de apoyo*. España. Biblioteca de psicología Desclée de Brouwer.

Pérez, M., García-Montes, J. y Saaa, L. “La hora de la fenomenología en la esquizofrenia”. En *Clínica y Salud*. Vol. 21. N°3, 2010. Págs. 221-233

Reyes, P. “El potencial relacional del Arteterapia en la intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis”. En *Arteterapia: Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la inclusión social*. Vol. 2. 2007. Págs. 109-118

Sanz-Aránguez, B. y del Río, M. “La creación atística como tratamiento de la esquizofrenia: una aproximación metodológica.” En *Archivos de Psiquiatría*. Vol. 73. N° 2. España. 2010. Pp. 2-17

Sotolongo, Y., Menéndez, J. y VVAA. “Esquizofrenia, historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud.” En *Revista Cubana de Medicina Militar*. V. 33. N°2. 2004.

Tizón, J. “Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?”. Texto aproximado de la conferencia del autor en el IXº Curso anual sobre esquizofrenia, “Psicoterapias combinadas en la esquizofrenia y otras psicosis”, organizado en Madrid en Noviembre de 2003 por la Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis y el Servicio de Psiquiatría del Hospital General Universitario “Gregorio Mañón”.

Winnicott, D. *Realidad y juego*.

Zito, V. (1995) *Conversaciones con Enrique Pichón-Riviére sobre el arte y la locura*. Argentina. Cinco.