



Universidad de Chile
Facultad de Artes
Escuela de postgrado
Postítulo en Terapias de Arte
Mención Arte terapia

ARTE TERAPIA GRUPAL
CON PACIENTES DE HOSPITAL DE DÍA

**Monografía para optar a la especialización de terapias
de arte mención arte terapia**

CONNIE DANCETTE DE BRESSON

Profesora Guía: Pamela Reyes Herrera

Santiago, Chile

2010

TABLA DE CONTENIDO

I INTRODUCCIÓN	1
II MARCO TEÓRICO	3
2.1 Precusores del arte terapia: tratamiento de enfermos mentales	3
2.2 ¿Qué es el arte terapia?	5
2.3 Personas con trastornos mentales severos	6
2.3.1 Definición	6
2.3.2 Descripción de síntomas	7
2.3.3 Necesidades específicas de pacientes con TMS	8
2.4 Intervenciones terapéuticas en centros de salud	9
2.4.1 Período de crisis	10
2.4.2 Hospitalización parcial o transicional	10
2.5 Terapia grupal en centros transicionales	12
2.6 Algunos conceptos de terapia grupal	13
2.6.1 El escenario grupal	14
2.6.2 El aprendizaje interpersonal	14
2.6.3 Algunos mecanismos terapéuticos grupales	15
2.6.4 Rol de terapeuta	16
2.6.5 La relación terapéutica	17
2.6.6 Otras consideraciones	19
2.6 Arte terapia grupal	19
2.6.1 Factores terapéuticos del arte	20
2.6.2 Gatillar y revivir memorias	21
2.6.3 Beneficios de la comunicación no-verbal	22
2.6.4 Fortalecimiento de funciones yoicas	23
2.6.5 Convivencia entre mundo interno y externo	24
2.6.6 La producción artística como espacio seguro	25
2.6.7 Participación y empoderamiento	26
2.6.8 Fomento del aquí y ahora	26
2.6.9 Hacer arte como herramienta de aprendizaje	27
III CONTEXTUALIZACIÓN	29
3.1 Institución de práctica: el hospital de día	29
3.2 Objetivos terapéuticos de la intervención	30
3.3 Descripción del grupo de arte terapia	31

3.4 El encuadre terapéutico	32
3.4.1 Enfoque de la intervención	32
3.4.2 Espacio de intervención	33
3.4.3 Relación de las arte terapeutas con el sistema del HD	35
3.4.4 Los materiales de arte terapia	35
3.4.5 Las obras creadas	37
3.5 Estructura de la sesión	38
3.5.1 El círculo de inicio	38
3.5.2 El trabajo plástico	39
3.5.3 El círculo final	40
IV ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPEUTICO	42
4.1 Los tiempos en los grupos abiertos	42
4.2 El enfoque en el proceso	42
4.3 El rol de terapeuta	47
4.4 Contacto con mundo interno	47
4.5 Relación con materiales: el estímulo, la catarsis y la herramienta	49
4.6 Fortalecimiento de límites y conciencia de la enfermedad	53
4.7 El duelo y el simbolismo	55
4.8 Temas y desafíos personales	57
4.9 Fortalecer la identidad	59
4.10 Participación, empoderamiento y autoestima	61
4.11 El grupo terapéutico	64
4.12 Desafíos al grupo terapéutico	66
4.13 Relación terapéutica, apego y ambivalencia	69
V CONCLUSIÓN	72
VI BIBLIOGRAFÍA	
V ANEXO ASISTENCIA	
V ANEXO ASISTENCIA	

I INTRODUCCIÓN

En el II Congreso Latinoamericano de Arte Terapia, la invitada inglesa Andrea Gilroy repasó el estado general de las investigaciones en Arte Terapia. Uno de los campos presentados fue la de la intervención con pacientes esquizofrénicos. Relató el ejemplo del sistema de salud de Gran Bretaña en el cual se reconoce como eficaces las intervenciones grupales de corta duración. Si bien Andrea Gilroy advierte que el beneficio y el reconocimiento no avanzan necesariamente en paralelo y que lo que tiene reconocimiento como intervención viable depende también de varios factores como la política local, la investigación disponible y la cultura específica, llama también a establecer una mayor comunicación internacional entre profesionales del arte terapia para poder aprender tanto de los logros como de los desafíos y ver como se aplica a cada realidad nacional¹.

Uno de los ámbitos más reconocido del arte terapia es el trabajo con pacientes que padecen enfermedades mentales. El interloque entre enfermedad mental y arte no es nuevo: existe una larga historia de interés del mundo de la salud por el efecto de las artes en el tratamiento y una curiosidad extensa de la figura estereotipada del artista loco. La relación histórica del ámbito de la salud mental con el arte y el nacimiento del arte terapia se relata en la primera parte del marco teórico.

El presente trabajo es un estudio de los casos de un grupo de pacientes con trastornos mentales del hospital de día del hospital Barros Luco- Trudeau quienes participaron en una intervención de arte terapia dentro de su jornada en el centro. La intervención fue realizada dentro del marco de la práctica de postítulo de arte terapia de la Universidad de Chile. Como la intervención se realizó en un contexto complejo perteneciendo a varias áreas profesionales, es necesario presentar un contexto teórico amplio, abarcando las áreas del arte, de la psicopatología y de la dimensión social tanto de la terapia como de los trastornos mentales severos.

Después de una contextualización histórica se explica brevemente en que consiste el arte terapia actual. Sigue la presentación de elementos revelantes para pacientes con trastornos mentales severos tanto de la enfermedad, de las necesidades sociales y las etapas de posible intervención terapéutica. Finalmente, se exponen algunos fundamentos de la terapia grupal tradicional (o verbal) para después revisar la teoría y la experiencia de arte terapeutas en contextos similares de intervención.

¹ Gilroy, 2009

En el segundo capítulo, se explicará el contexto de inserción del taller de arte terapia, algunas características del grupo intervenido, así como los objetivos y el enfoque de la intervención. Se resumirá entonces el encuadre y el proceso de las sesiones de arte terapia. Finalmente, se presentarán algunos ejemplos de aspectos trabajados en el grupo de intervención, tanto a nivel individual como al nivel grupal, basándose en las obras, la evolución de estas y las interacciones dentro del grupo.

II MARCO TEÓRICO

2.1 Precursores del arte terapia: Tratamiento de enfermos mentales

Como punto de partida para el marco teórico del presente trabajo, encuentro apropiado referirme a la prehistoria del arte terapia por las similitudes con el contexto de la práctica realizada. Las intervenciones artísticas en centros hospitalarios y de salud mental tienen una larga historia y las experiencias vividas en tales instituciones son vinculadas al nacimiento del arte terapia como profesión. Si el nacimiento oficial del arte terapia se remonta a 1942 cuando Adrian Hill inventa el término², el uso terapéutico del arte en instituciones de salud de Inglaterra es bien anterior. Según la autora Susan Hogan (cuya investigación se enfocó en el caso de Gran Bretaña) es a través del movimiento del tratamiento moral o ético de la medicina de final de siglo 18 que se empieza a encontrar la yuxtaposición del mundo del arte, de la medicina y de la psicoterapia.

Según la autora, la moral (definida como “un sistema de reglas y valores construidos por la cultura”³) tomó raíces en base a la filosofía de la Iluminación y el utilitarismo así como de ciertos grupos religiosos no conformistas. Las condiciones insalubres y brutales de los manicomios europeos del siglo 18 es un hecho histórico bien conocido y fue a partir de fines de esta época que progresivamente cambiaron los centros dedicados a enfermos mentales y paralelamente la percepción de estas personas. La autora escribe que es a partir de 1790 se vio el desarrollo de instituciones para el cuidado de los enfermos mentales y la aplicación de técnicas morales en el ámbito de la medicina. La investigación de Hogan revela que el rol de algunos grupos religiosos tales como los Quakers que iniciaron un cambio de actitud y de tratamiento de los enfermos mentales, se traspasó al mundo médico, generando un movimiento generalizados de instituciones de Europa⁴.

La filosofía moral implicaba un cambio de percepción del enfermo mental. El foco de la enfermedad cambió de lugar de origen físico (tal como las fibras y los fluidos) a una base moral (como el deseo, los vicios y las pasiones)⁵. El enfermo era visto como bestial e irracional y por ende fuera de consideración moral. Con la visión moral, el enfoque del tratamiento pasó a ser la

² Hogan, 2001

³ Hogan, 2001, p. 32. Traducción de la autora

⁴ Hogan, 2001

⁵ Hogan, 2001

rehabilitación del paciente a través de la reactivación de las reglas y valores sociales; se considera que el enfermo mental tiene una base racional natural humana que podía mantener un control sobre la condición patológica. Con esta visión ética, el enfermo era entonces sujeto a la condenación moral pero tenía también la oportunidad de recibir una terapia, rehabilitarse y ser parte de la sociedad.

El tratamiento moral del enfermo mental presenta un cambio en la relación del paciente enfermo con el equipo médico que es fundamental con el nacimiento de la psicoterapia. Como se considera que el paciente tiene una base humana, el enfoque del tratamiento se enfocó en la psicología individual donde la amabilidad pasó a ser una herramienta terapéutica⁶. Las asociaciones mentales erróneas del paciente podían ser reeducadas acorde con las normas sociales del tiempo dentro de la estructura ordenada y humana de los manicomios reformados⁷. Es importante notar que si bien la filosofía moral presentaba un mejoramiento para el paciente, no está demás decir que las normas del tiempo eran altamente severas y represivas, clasistas y machistas.

Según la investigación de Hogan, varias instituciones incorporaron las artes en el tratamiento moral refiriéndose a los beneficios de tales actividades. En síntesis, “aunque exista cierta ambivalencia en torno al uso incontrolado de la imaginación en hacer arte, (...) las artes eran vistas como curativas en sí mismo y útiles para preparar al paciente para recibir el tratamiento moral”⁸. Primero que nada, el arte y todo trabajo útil eran considerados como una distracción de las ideas psicopatológicas. Pero era más que sola distracción dentro del tratamiento y funciona como una herramienta de adquisición de auto-control y un método de elevación del espíritu⁹. Así, las artes eran vistas como una manera de acceder a las emociones pero de manera controlada. Las artes podía también expiar las delusiones y elementos enfermos (actuando como catarsis) estableciendo la tranquilidad necesaria para dejar espacio a la razón y posibilitar la rehabilitación moral del paciente. Igualmente, las actividades artísticas organizadas para los pacientes en instituciones tenían la ventaja de no ser una actividad solitaria pero que se desarrollaba dentro de relaciones sociales donde se ejercen normas culturales.

La actividad de hacer arte era generalmente vista como una herramienta positiva dentro del tratamiento de la enfermedad mental, sin embargo, la imaginación era percibida como elemento

⁶ Hogan, 2001

⁷ Hogan, p. 40

⁸ Hogan, 2001, p.33. Traducción de la autora

⁹ Hogan, 2001

disruptivo a la conducta moral si su expresión no era mantenida bajo control¹⁰. La imaginación era vista como antípoda de la razón, punto de vista que no es único en la historia. Hogan escribe:

Es esta tensión entre la imaginación y la razón a que será reforzada [posteriormente] por las ideas de procesos primarios (...) y secundarios (...) de Freud. En psicoanálisis, la imaginación iba a ser ubicada dentro de la categoría de los procesos primarios (...) asociados con neurosis, regresión, cumplimiento de deseo y una mala salud general. Así una división fue dibujada entre la razón y la imaginación que llevó la coyuntura de artistas que acredite la psicopatología¹¹.

En grandes rasgos, existen muchas similitudes teóricas entre el tratamiento moral del final de siglo 18 y comienzo del siglo 19 y el tratamiento contemporáneo de las enfermedades mentales. La meta del tratamiento moral era la rehabilitación social, lo que no es muy diferente al de varios centros hospitalarios transicionales que refuerzan las normas sociales y la adaptación a estas. Para esto se valora la internalización y la asimilación de reglas básicas culturales a través de un tratamiento individualizado y dentro de un contexto social controlado. Al igual que el tratamiento moral, se necesita la cooperación activa del paciente para lograr el éxito de las metas. Para Hogan, el uso del arte en el tratamiento moral con pacientes padeciendo de trastornos mentales severos es el precursor intelectual del arte terapia moderno. Estos fundamentos van más allá del interés y estudio de algunos *locos geniales* como el Marqués de Sade o Adolf Wölfli porque se incorpora la actividad artística con técnicas dirigidas y con la intencionalidad de mejorar a largo plazo el estado del paciente enfermo.

2.2 ¿Que es el arte terapia?

Desde los primeros usos de las artes plásticas como herramienta terapéutica, la profesión se ha ido definiendo. Aunque existen muchas variaciones en la práctica y en la base teóricas de la profesión y diferentes escuelas de formación, se puede resumir el arte terapia como una terapia de apoyo que integra el acto artístico plástico a la psicoterapia.

El objetivo del arte terapia de incentivar cambios fundamentales a largo plazo aportando al mejoramiento del bienestar general de la persona es común a toda terapia, sólo que en el caso de arte terapia se hace énfasis en la comunicación no-verbal y en los procesos creativos. A medida que los contenidos del paciente son plasmados en la obra, la creación misma se vuelve un elemento central de la terapia; la obra toma vida porque es la portadora visible de la transferencia tanto para el paciente como para el terapeuta.

¹⁰ Hogan, 2001

¹¹ Hogan, 2001, p.43. Traducción de la autora

El arte y hacer arte posee ciertas cualidades terapéuticas inherentes (que se verán más adelante) que se potencian dentro del trabajo terapéutico. Esto quiere decir idear un encuadre propio al proceso creador donde la comunicación a través de la obra (con el significado o simbolización de este lleva) sea posible y central. Así, la finalidad del encuadre de arte terapia es de “ofrecer un medio expresivo que contribuya en los procesos de simbolización, que sirva de ‘puente’ entre mundo interno y externo, como espacio de juego o espacio transicional donde se articulan la creatividad y la socialización”¹².

A continuación, se presentará información acerca de enfermedades mentales severas y el contexto de hospitalización transicional para después enfocarse en conceptos relevantes de la terapia grupal y del arte terapia con tal población.

2.3 Personas con trastornos mentales severos

2.3.1 Definición

El término más apropiado para designar el grupo de atención del lugar de intervención es Trastornos Mentales Severos (TMS) o Enfermedades Mentales Graves y Duraderas (EMGD) que son utilizados como sinónimos. La Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad (IMSERSO) de España define una persona con una enfermedad mental grave y duradera como una “que padece de síntomas de psicosis funcional (típicamente diagnosticadas como esquizofrenia, trastorno bipolar, pero también otras), y que a consecuencia de su enfermedad padecen discapacidades persistentes”¹³. En su memoria de título, Morales considera la definición siguiente de Trastorno Mental Severo emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos como la con mayor consenso internacional, la cual incluye tres criterios: el diagnóstico de trastornos psicóticos funcionales, trastornos bipolares y grupo de los trastornos afectivos mayores y algunos trastornos de la personalidad (inclusión que está bajo controversia), la duración extendida de la enfermedad y de los tratamientos y la presencia discapacidad en el funcionamiento global de la persona¹⁴. Según ambas definiciones se excluyen a personas presentando sintomatología psicótica de origen orgánica y personas que aún tengan un tiempo corto de evolución y por ende un pronóstico poco definido. Sin embargo, para efectos de este trabajo, se usarán el término

¹² Reyes, 2003, s. p.

¹³ IMSERSO, 2007, p.29

¹⁴ Morales, 2007, p.11-12

Trastornos Mentales Severos referente a la población atendida en el hospital de día aunque incluya personas con trastornos psicóticos de origen orgánico y pacientes en evaluación diagnóstica. Se usará también los términos de esquizofrenia y de trastornos psicóticos para referirse al grupo de pacientes del hospital de día, porque corresponde a una vivencia sintomática generalmente común de los pacientes atendidos.

2.3.2 Descripción de los síntomas

IMSERO presenta un listado de síntomas funcionales más frecuentes en pacientes con trastorno mental severo (incluyendo experiencias subjetivas o fenómenos detectables en la conducta) en reacción a un daño sufrido:

- **Alteraciones del pensamiento:** (p.e., las ideas delirantes) consisten en creencias que se imponen a la persona, que el sujeto no comparte con los demás en su medio cultural y que no son modificables por la experiencia.
- **Alteraciones del estado de ánimo:** como la depresión (situación de tristeza extrema, con falta de interés por la vida, angustia, sensación de incapacidad para hacer nada y postración, con alto riesgo de suicidio y falta de reactividad ante las circunstancias de la vida) o el estado de manía (estados persistentes de euforia, con insomnio, hiperactividad y trastornos del pensamiento y del comportamiento).
- **Alteraciones de la sensopercepción:** percepciones inusuales y anómalas causadas por su enfermedad. Las más frecuentes son de tipo auditivo.
- **Alteraciones neurocognitivas:** alteraciones de las capacidades funcionales básicas de la vida psíquica, como la capacidad de concentrarse, mantener la atención, pensar ordenadamente, usar la memoria. Pueden llegar a ser altamente discapacitantes.
- **Alteraciones de la conducta y del control de impulsos:** no poder ordenar y controlar la conducta con arreglo a los intereses de la persona o las pautas sociales.
- **Síntomas negativos:** se denomina así a las alteraciones que se perciben como pasividad o ausencia de las facultades o potencialidades que consideramos normales, como la de pensar con claridad, tener iniciativas vitales, proyectos o propósitos.¹⁵

Los síntomas característicos de los trastornos mentales severos implican una gama de disfunciones cognitivas y emocionales que repercuten en la calidad de vida de la persona; “las personas que padecen un trastorno mental severo presentan problemas muy complejos que no son posibles de reducir a la sintomatología psicopatológica involucrada, ya que además existen repercusiones en variados aspectos de la vida”¹⁶. Es importante tomar en cuentas no sólo los síntomas funcionales sino también las dificultades en el funcionamiento normal en sociedad como el autocuidado, la autonomía, el control de la conducta y la capacidad de tener iniciativa y motivación. Igualmente importantes son las dificultades de relación de la persona discapacitada con su entorno generando una restricción en la participación en las áreas de las relaciones interpersonales, laboral, el acceso a servicios de atención social, participación ciudadana, actividades de diversión.

¹⁵ IMSERSO, 2007, p.30

¹⁶ Morales, 2007, p.13

2.3.3 Necesidades específicas de pacientes con trastornos mentales severos

Hemos visto las áreas de sintomatología de personas con Trastornos Mentales Severos. Sin embargo hay que tener cautela al momento de generalizar las dificultades encontradas por esta población:

Se concretan en cada individuo “de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia de la vida de cada uno de ellos y asimismo, en función de la atención”¹⁷ que reciben y servicios a los que tienen acceso.¹⁸

Aquí se da un resumen de áreas de atención indispensables para personas con Trastornos Mentales Severos basado en memoria de Morales quién usa la fuente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría:

Del sistema de salud, se necesita atención y tratamiento en salud mental con adecuados procesos de diagnóstico y de tratamiento enfocado en controlar la sintomatología psicopática, prevenir las recaídas y mejorar el funcionamiento psicológico. Es importante realizar que aunque el principal tratamiento para los trastornos mentales severos es la medicación, esta no es suficiente para neutralizar los síntomas y la vivencia de la enfermedad. En el caso de la esquizofrenia, “entre el 5% y el 15% de las personas continúan experimentando síntomas a pesar de la medicación y también pueden desarrollar efectos secundarios indeseables”¹⁹. Además, aún recibiendo un tratamiento adecuado, las recaídas son frecuentes y por ende se necesita atención en crisis con hospitalización breve para la estabilización del paciente.

Las personas con trastornos mentales severos también necesitan el apoyo de varias entidades sociales para apoyar y promover la rehabilitación psicosocial. La gran mayoría de estas personas tienen déficit y discapacidades a pesar del tratamiento y esto perturba la inserción general dentro de la comunidad. Morales escribe: “Los servicios y programas de rehabilitación psicosocial son esenciales para la adquisición y recuperación de habilidades necesarias para la vida en comunidad. El apoyo flexible y continuado es útil para incentivar una integración social efectiva en el ámbito social y familiar”²⁰.

¹⁷ AEN, 2002, p.11

¹⁸ Morales, 2007, p.14

¹⁹ Ruddy y Milnes, 2008, p. 2

²⁰ Morales, 2007, p.15

Un componente importante de la rehabilitación psicosocial es la integración al mundo del trabajo, elemento “clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona”²¹. Las personas con trastornos mentales severos necesitan programas de adquisición de hábitos laborales y de formación ocupacional además de apoyo para encontrar y mantener un empleo adecuado. A raíz del estigma social asociado a las enfermedades mentales y la vulnerabilidad de estas personas, es necesario promover, asegurar y proteger el derecho de esta población ante posibles abusos y situaciones de desprotección de sus derechos como ciudadano.

Finalmente, las personas con trastornos mentales severos deben tener acceso a servicios enfocados en su situación cotidiana, la situación residencial y financiera. Muchas personas son dependientes económicamente de sus familias y, aunque se logre una inserción laboral, es difícil para muchas personas con trastornos mentales severos alcanzar la autosuficiencia económica a lo largo de la vida. Es importante poder garantizar las necesidades mínimas (especialmente en los casos que no haya apoyo familiar) pero también de aliviar la carga del grupo familiar.

Más allá de los costos económicos, la carga emocional relacionada con los cuidados de un familiar con enfermedad mental no es menor. La relación familiar suele tener dificultades y conflictos llevando al desbordamiento de la familia y la recaída del paciente. Desde el punto de vista psicológico, es necesario atender al grupo familiar en tanto a cuidados, apoyo y educación, entregando herramientas y reafirmando los recursos existentes en pos del mejoramiento de la convivencia y por ende para el paciente. En algunos casos la convivencia con un familiar no es posible o adecuada. En esta situación es imperativo que la persona con trastorno mental severo tenga acceso a un hogar que cubra sus necesidades de cuidados y supervisión. En la práctica, la mala vida residencial aumenta el uso de los servicios de salud tanto producto de recaídas del enfermo como por el uso del hospital como residencia por falta de residencia apropiada.

2.4 Intervenciones terapéuticas en centros de salud

La intervención terapéutica con pacientes con trastornos mentales severos en el contexto hospitalario es un mundo muy complejo. El paciente psiquiátrico padece de una enfermedad debilitante y prolongada que lo afecta a él y a su familia en varios aspectos tanto al nivel íntimo, personal y familiar como al nivel comunitario. El paciente con un trastorno mental severo requiere

²¹ Morales, 2007, p.15

al mismo tiempo de un equipo multidisciplinario y de una atención muy personalizada para lograr un mejoramiento en su sintomatología y bienestar. El contexto hospitalario también es variado y complejo; si bien el objetivo es la salud de los pacientes, no todos los ambientes son aptos para las necesidades del paciente con trastorno severo en las etapas de reinserción comunitaria. Para estos efectos, se relata a continuación las etapas de hospitalización y de enfermedad en vista de determinar los pasos adecuados para el trabajo terapéutico.

En el manual de terapias de grupo, Guimón realiza una revisión de la literatura de investigación de terapias grupales según las características del paciente y destacando las terapias más eficaces y beneficiosas. El manual se enfoca en intervenciones con enfoque verbal pero las conclusiones pueden ser útiles como base de intervención de arte terapia con pacientes psicóticos en diferentes momentos de la enfermedad y ambientes hospitalarios.

2.4.1 Período de Crisis

En intervenciones con pacientes en crisis (generalmente en hospitales generales y psiquiátricos), el autor destaca que la primera importancia es de “establecer una verdadera red humana”²² alrededor del paciente que le ayude a superar la descompensación y también de preparar el terreno a un enfoque terapéutico ulterior. Si bien esta primera etapa se refiere a un trabajo multidisciplinario, lo crucial es fomentar la confianza con el equipo de salud, lo que puede llevar a una alianza terapéutica que disminuye la resistencia al tratamiento y favorecer que el paciente se involucre en su proceso de tratamiento. Hay que tomar en cuenta que el tiempo posterior a un episodio psiquiátrico agudo presenta una gran vulnerabilidad y un alto riesgo de suicidio. La red humana de apoyo no sólo tiene la función de reducir los riesgos vitales sino también de aprovechar este “momento fecundo”²³ donde es posible realizar ajustes intrapsíquicos.

2.4.2 Hospitalización parcial o transicional

El período de crisis no es el más adecuado para una intervención terapéutica grupal; además de la necesidad de superar ideas suicidas, el paciente necesita lograr cierto control sobre sus procesos internos y un estado de estabilidad relativa. Sin embargo, en varios casos de pacientes psiquiátricos el tratamiento hospitalario sigue en una hospitalización parcial o de transición. Esta hospitalización

²² Guimón, 2003, p. 80

²³ Guimón, 2003, p. 82

parcial permite un puente entre la comunidad y la hospitalización total, ofreciendo un seguimiento médico diario y escuela para desarrollar herramientas necesarias para la reinserción social²⁴. La meta de los centros transicionales es la reinserción social y se espera que esta reduzca los riesgos de recaídas y aumente la adhesión al tratamiento con medicamentos. Se entiende por reinserción social tanto la vuelta a la vida familiar, para algunos la vuelta al trabajo o la búsqueda de empleo, así como la vuelta o inserción en su comunidad o la sociedad a más grande escala, más allá de la comunidad protegida del centro hospitalario.

Para varios pacientes, el pasaje de hospitalización en estado de crisis a la reinserción adecuada presenta un enorme desafío. Guimón explica:

El deterioro esquizofrénico no se resume únicamente a una dificultad de orden intelectual, sino a una falta de interés y de energía que lleva al paciente a evitar los esfuerzos de la vida cotidiana. Se ha descrito bajo el nombre de ausencia de competencia social una serie de características que tornan al esquizofrénico crónico menos apto para vivir en comunidad²⁵.

El autor también menciona el síndrome institucional con crítica a la psiquiatría tradicional la cual tiene parte de responsabilidad en la dependencia y la cronicidad de los pacientes en la medida que las vivencias de hospitalizaciones repetidas infantiliza y afecta la autoestima del paciente, aumentando así su pasividad y su ineptitud social que, a su vez, aumenta la dificultad de incorporación social y el riesgo de recaída²⁶. Charlton explica:

Muchos han pasados una grande porción de su vida en salas de hospitales, en hacinamiento donde las necesidades básicas de comida, ropa, techo son logradas, donde han recibido una extraordinaria cantidad de tratamientos, pero donde la vida ha sido culturalmente pobre. Los enfoques actuales de prácticas terapéuticas tienen como meta de reajustar esto en proveer una variedad de actividades y desarrollar un modo de vida menos restrictivo dentro del hospital.²⁷

Al igual que algunas instituciones de salud más tradicionales, un ambiente familiar o social que sobreprotege e infantiliza en vez de fortalecer y desarrollar las herramientas de cada paciente, no aporta a la calidad de vida a largo plazo porque no apunta a fomentar herramientas de reinserción social. En este respecto, “el hospital de día y otros lugares intermediarios son dispositivos indispensables para mantener a los esquizofrénicos en la comunidad. En el hospital de día, la psicoterapia de grupo representa el instrumento terapéutico de base”²⁸.

²⁴ Guimón, 2003

²⁵ Guimón, 2003, p.220

²⁶ Guimón, 2003, p.221.

²⁷ Charlton, 1984, p. 173. Traducción de la autora

²⁸ Guimón, 2003, p.308

La arte terapeuta Molloy critica el enfoque de algunos centros transicionales o de rehabilitación que se enfocan en los puntos más esenciales del vivir diario sin responder a las necesidades emocionales internas:

A pesar de los mejores esfuerzos de los trabajadores en estos programas existe un alto nivel de fracaso en trasladar lo que es ensayado a situaciones de la vida real y existe un bajo nivel de asistencia de los clientes de los servicios de día. Las causas frecuentemente citadas por este fracaso o rechazo son daños severos resultantes de años de institucionalización, trastornos de personalidad e incumplimiento con medicación prescrita. Aunque estos factores son claramente importantes y que sea probablemente imposible para los servicios comunitarios de atraer y atender a todos los casos, parece insuficiente localizar todas las causas de fracaso dentro de la personalidad del usuario (...). Las personas también necesitan encontrar algo en sus vidas que va más allá de los elementos prácticos de la vida cotidiana, algo que atiende a las necesidades emocionales internas.²⁹

La primera función del hospital de día como institución de salud es ofrecer al paciente un ambiente contenedor para recibir atención psiquiátrica y reforzar sus controles internos, el paciente también recibe un apoyo emocional que refuerza su autoestima y alimenta sus necesidades emocionales. Este encuadre permite el desarrollo de varias habilidades sociales y prepara el momento de alta cuando el paciente deberá volver a su ambiente pre-crisis. Es en este contexto para el autor Guimón que “la psicoterapia de grupo se ha convertido en un recurso clave en la asistencia psiquiátrica”³⁰.

2.5 Terapia grupal en centros transicionales

Para Guimón, “el grupo no es una alternativa menor al tratamiento psicoterapéutico individual y, muy por el contrario, tiene potencialidades que la terapia individual no posee”³¹. A continuación, se presentarán unas conclusiones generales de Guimón acerca de la eficacia de las terapias grupales con pacientes psicóticos. El autor revela resultados de múltiples investigaciones según el enfoque psicoterapéutico, realzando que algunos enfoques son más eficaces que otros. Para efectos de este ensayo y dada el contexto multidisciplinario del tratamiento recibido en centros transicionales, se presentarán los aspectos concretos (como objetivos y temas abordados) de las terapias grupales que han demostrado tener resultados positivos, más allá de la teoría y corriente psicológica.

En cuanto al objetivo, un enfoque orientado hacia la realidad es más útil que la psicoterapia orientada hacia el *insight*³². En general las terapias grupales con pacientes ambulatorios dan buenos

²⁹ Molloy, 1997, p.238

³⁰ Guimón, 2003, p.353

³¹ Guimón, 2003, p.113

³² Guimón, 2003

resultados si están centrados en los problemas de la vida cotidiana, dificultades de las relaciones sociales, interacción en el grado de cooperación en toma de medicamentos y efectos adyacentes, fomento de actividades profesionales y lúdicas. En otras palabras, en elementos tangibles con los cuales los pacientes necesitan reforzamiento. La terapia de grupo pasa a ser un espacio donde se desarrolla la asertividad y de entrenamiento de habilidades sociales³³.

Desde la orientación hacia elementos concretos y aspectos de la comunicación interpersonal, se podría pensar que se deja de lado el aspecto intrapsíquico. Sin embargo, los estudios han demostrado que los grupos dinámicos con el objetivo de favorecer la estructuración progresiva del Yo, abordando errores de orden perceptivos y llevando el grupo al mundo objetivo y real son beneficiosos para los pacientes. En este, la estructura grupal es importante: el grupo sirve de campo de identificación con un colectivo³⁴, tema que se desarrolla más adelante.

Creo que es importante aclarar la diferencia entre terapia de grupo y módulos de formación grupal. Si bien los módulos de habilidades sociales, autogestión de medicamentos y de los síntomas, resolución de problemas, de habilidades recreativas, objetivos personales, etc. son todos la base de la formación de habilidades sociales que compensan los síntomas y los déficit cognitivos asociados a la esquizofrenia³⁵, estos tienen un objetivo principalmente psicoeducativo. A diferencia de estos, la terapia grupal es un espacio vivencial donde se favorecen las dinámicas de grupo y donde las técnicas aprendidas pueden ser puestas en práctica.

2.6 Algunos conceptos de terapia grupal

Hemos visto que la modalidad de terapia grupal puede ser útil para pacientes psicóticos en centros de transición cuando adopta objetivos y temas adecuados para tales pacientes y cuando estas intervenciones son acompañadas de módulos psicoeducativos enfocados al aprendizaje de herramientas de socialización y manejo de la enfermedad. Esto se acompaña de la adopción de ciertas normas de funcionamiento y objetivos más o menos comunes. Varios autores concuerdan con la postura de Yalom y Vinogradov en que la meta más importante para pacientes mentales “es el mantenimiento del rendimiento psicosocial apropiado”³⁶.

³³ Guimón, 2003

³⁴ Guimón, 2003

³⁵ Guimón, 2003

³⁶ Yalom y Vinogradov, 1996, p.18

2.6.1 El escenario grupal

Lo que hace de la terapia grupal una herramienta poderosa de psicoterapia es que utiliza el escenario grupal, que constituye una parte esencial del desarrollo humano. El grupo terapéutico actúa como una familia donde dentro de este núcleo íntimo, protegido y complejo, el individuo desarrolla sus capacidades gracias a las interacciones con los otros miembros. Desde esta pertenencia, el paciente desarrolla su identidad propia.

Según la postura derivada de la teoría de Sullivan, la psicopatología tiene su raíz en las relaciones interpersonales distorsionadas y que “el tratamiento psiquiátrico debería estar dirigido hacia la corrección de las distorsiones interpersonales”³⁷. Así los autores opinan que el escenario de grupo proporciona a los pacientes una selección más variada de relaciones; deben interactuar entre sí, con los líderes del grupo, con gente de diferente extracción social, con miembros del mismo sexo, así como con miembros del sexo opuesto. Los miembros deben aprender a ocuparse de sus gustos, aversiones, similitudes, diferencias, envidias, timidez, agresión, miedo, atracción y competitividad³⁸.

2.6.2 El aprendizaje interpersonal

Se ha mencionado la influencia entre las relaciones interpersonales tempranas y el desarrollo de la psicopatología. En el caso de personas con trastornos mentales severos, las distorsiones interpersonales perduran en el tiempo y afectan directamente el mundo interior de la persona. La terapia grupal que considera la dimensión interpersonal puede enfrentar problemas interaccionales subyacentes a la enfermedad mental y tales temas como la dependencia, la rabia, el servilismo o la hipersensibilidad pueden ser puestos en juego dentro del espacio grupal. El primer paso es darse cuenta de un comportamiento inadaptado. Un miembro del grupo puede observar el efecto que las actitudes y los sentimientos más o menos verbalizados por otro miembro producen en los demás, así el paciente puede hacer *insight* sobre la adecuación o inadecuación de algunas de sus percepciones distorsionadas.

³⁷ Yalom y Vinogradov, 1996, p.23

³⁸ Yalom y Vinogradov, 1996

Así, según Yalom, “El escenario grupal (...) ofrece muchas (...) oportunidades para la génesis de experiencias emocionales correctivas, ya que contiene una gran cantidad de tensiones intrínsecas, así como múltiples situaciones interpersonales, ante las cuales debe reaccionar el paciente”³⁹. Según el autor, en el microcosmos seguro, se pone énfasis en el aquí y ahora del grupo como entidad, sin que sea necesario entrar en descripciones vitales pasadas porque estas dificultades se viven a través de la interacciones sociales del mismo grupo.

2.6.3 Algunos mecanismos terapéuticos grupales

Yalom desarrolló una lista de mecanismos que operan en la psicoterapia de grupo y que se resumen a continuación:

El primer mecanismo es la *esperanza* que puede provocar el mejoramiento de un miembro del grupo en los otros participantes y puede hacer nacer esperanza para su propia mejoría. Ligado a este fenómeno está la *universalización* por la cual el paciente se da cuenta que no está solo y que vive un alivio de ver que sus vivencias son compartidas dentro del grupo y no vivencias únicas.

Dentro de un grupo terapéutico, siempre existe una forma de *transmisión de información* ya sea de forma didáctica por medio del terapeuta o a través del acto de dar consejos entre integrantes del grupo, acto que va también unido al desarrollo del altruismo. El *altruismo* no solo tiene valor para la persona que recibe sino también para la persona que lo emite porque demuestra que puede ofrecer algo de valor a otro lo que incrementa la autoestima y contrarresta el solipsismo.

En todo grupo se desarrollan *técnicas de socialización*. Los integrantes pueden tanto ensayar nuevas técnicas de socialización y roles diferentes de su costumbre como hacerse conscientes de sus comportamientos desadaptados gracias a las respuestas y comentarios de los compañeros. Así, los integrantes tienen la oportunidad de crear hábitos que fomentan mejores interacciones sociales. Relacionado con esto último está el proceso de *comportamiento imitativo* que permite agrandar el rango de comportamiento y permite un aprendizaje vicario.

La *catarsis*, o el acto de soltar libremente e intensamente las emociones, es un fenómeno no propio a la terapia grupal que va acompañado de un alivio emocional. Para el cambio duradero, la catarsis debe ser acompañada de una reflexión y en alguna medida llevar la experiencia a un ámbito

³⁹ Yalom y Vinogradov, 1996, p.34

público. Dentro de un grupo, la catarsis debe ser compartida y aceptada para que sea integrada para el individuo y útil a largo plazo. Existe también el fenómeno de catarsis colectiva donde varios miembros del grupo sueltan emociones comunes o similares, de forma parecida o en conjunto.

Para Yalom y Vinogradov, el grupo terapéutico ofrece la posibilidad de la *recapitulación correctiva del grupo familiar primitivo*. En el grupo terapéutico se reviven experiencias familiares tempranas: se tiende a reproducir elementos de los patrones familiares y entrar en cierta regresión y con este proceso se da la oportunidad de crecimiento personal. Para facilitar el cambio, los autores sugieren:

El líder del grupo no debe permitir que estas relaciones que inhiben el crecimiento se congelen en el sistema rígido e impenetrable que caracteriza a muchas estructuras familiares. En su lugar, el líder debe examinar y cuestionar los roles fijos existentes en el grupo y alentar continuamente a los miembros para que prueben nuevos comportamientos.⁴⁰

Las terapias de grupo son escenarios fecundos para enfrentar *problemas existenciales* humanos; “la relación sólida y confiada entre miembros (...) tiene un valor intrínseco, ya que proporciona una presencia y un *estar con* frente a las duras realidades existenciales”⁴¹. De otro modo, el contexto grupal favorece el proceso de enfrentar preguntas existenciales y en el mejor de los casos lograr aceptar estas realidades.

Para Yalom, la *cohesión*, el apego que los participantes tienen hacia el grupo como entidad y hacia los otros miembros, es un elemento necesario para una psicoterapia exitosa. En un grupo cohesivo, los participantes se aceptan y se apoyan mutuamente, formando relaciones significativas dentro del grupo. Yalom explica: “En condiciones de cohesión, los pacientes tienden a expresarse y examinarse a sí mismos, a tomar conciencia de aspectos de su propia persona que hasta entonces les resultaban inaceptables y a integrarlos, y a identificarse de una forma más profunda con los demás”⁴². El autor escribe que en el caso de pacientes psiquiátricos, muchas veces nunca han tenido la experiencia de ser un miembro valioso de un grupo; en estas circunstancias, la simple pertenencia positiva al grupo resulta curativa y se puede traspasar a contextos exteriores al grupo terapéutico.

2.6.4 El rol del terapeuta

⁴⁰ Yalom y Vinogradov, 1996, p. 30

⁴¹ Yalom y Vinogradov, 1996, p. 31

⁴² Yalom y Vinogradov, 1996, p. 32

Varios autores han comentados acerca del rol del terapeuta en el contexto grupal. Charlton escribe:

Es importante establecer un acuerdo de cooperación acerca de las reglas grupales y los objetivos, tomando el tiempo de conversarlo desde el comienzo. La contribución de cada miembro es significativa pero será la terapeuta quien generalmente tendrá que tomar responsabilidad por alentar la participación, facilitar la interacción, reencuadrar cuando sea necesario, proteger a los participantes sumisos, y ayudar al grupo en ligar con personalidades dominantes.⁴³

Así el conductor del grupo tiene la responsabilidad de la formación del mismo a través de la promoción de una cultura de grupo y fomentando la adopción de ciertas normas de funcionamiento y objetivos más o menos comunes. Esto involucra también crear y mantener un espacio simbólico del grupo sin el cual no se puede cumplir una misión terapéutica⁴⁴.

Aunque el terapeuta tiene el rol de dirigir y mantener el grupo, a medida que se forma cohesión, el terapeuta debe dejar espacio para que los participantes tengan roles activos. Liebman escribe: “los grupos tienden a ser más democráticos [en los cuales se] comparte[n] el poder y las responsabilidades”⁴⁵ y el terapeuta debe fomentar esta participación responsable que empodera a los miembros de un grupo.

Los pacientes psicóticos tienen dificultades relacionadas con su enfermedad y las hospitalizaciones prolongadas pueden ser igualmente perturbadoras y esto debe ser tomado en cuenta en el contexto de la terapia de grupo. Charlton describe dificultades de esta población:

Se manifiesta de una variedad de maneras: la autoestima baja, el miedo al fracaso, el comportamiento repetitivo y en apariencia sin sentido, la inseguridad profunda y las dificultades en la comunicación. Estas características que han sido vistas tradicionalmente como síntomas de locura pueden también ser entendidas como adaptaciones para sobrevivir a un sistema autoritario... En estas circunstancias, la resignación al rol de paciente puede llevar a un círculo vicioso de dependencia: entre más él o ella son tratadas como incapaz, más pasiva se pone el paciente.⁴⁶

El rol del terapeuta es romper estos patrones ayudando al paciente a desarrollar métodos de expresión, cultivar su independencia, reorientar el foco hacia los recursos positivos y potenciar la toma de responsabilidades de su propia vida y de la vida colectiva.

2.6.5 La relación terapéutica

⁴³ Charlton, 1984, p. 179. Traducción realizada por la autora

⁴⁴ Guimón, 2003 y Case y Dalley, 2006

⁴⁵ Liebmann, 1984, p. 238

⁴⁶ Charlton, 1984, pp. 174-175. Traducción de la autora.

En el contexto grupal, la relación terapéutica es más difusa en el sentido que cada persona puede vivir diferentes aspectos de interacciones interpersonales con diferentes integrantes del grupo. Como hemos visto, el rol del terapeuta se enfoca en cuidar y mantener un escenario grupal terapéutico para todos los miembros, operando más bien como familia. En general, no se pone en juego el vínculo primario paciente-terapeuta como en el caso de la terapia individual porque generalmente va en contra del bienestar del grupo como entidad. Por este mismo, la transferencia no tiene un papel tan central en el contexto grupal; aunque siempre opera entre terapeuta y paciente y entre los miembros del grupo, no es la herramienta principal.

Además del factor grupal, la relación terapéutica con personas con trastorno mental severo es compleja. La arte terapeuta Greenwood opina que el trabajo con pacientes psicóticos no opera habitualmente dentro del mundo del fenómeno transicional de Winnicott asociado con la capacidad simbólica; la relación terapéutica “no es experimentada como una de confianza o nutriente”⁴⁷ y por lo tanto se encuentra dificultada. La relación terapéutica con pacientes psicóticos es difícil en el sentido que tiende a ser atacada por los síntomas de la enfermedad. Segal escribe que se debe tratar de proveer “un encuadre de contención en el cual su relación con el analista se pueda desarrollar sin ser desmantelada por la psicosis del paciente”⁴⁸. El paciente puede desear estar en un contexto contenedor pero al mismo tiempo tiende a rechazar la cercanía con el terapeuta. Greenwood explica que el psicótico proyecta sobre el terapeuta elementos de su persona que rechaza o que lo aterroriza (su sombra) y por ende en algunos momentos suele percibir al terapeuta como amenaza del cual hay que alejarse. La vivencia que tiene la persona psicótica de la relación terapéutica como sus otras relaciones personales es muy concreta y la amenaza puede ser vivida como algo muy real.

Como la relación terapéutica en pacientes psicóticos es vivida de manera muy ambivalente con el deseo de contención y la amenaza percibida intrínseca de la misma, es necesario adaptar el enfoque en concordancia. Greenwood subraya la importancia del control de los pensamientos del paciente, de la relación con el terapeuta y el ambiente. Así la autora, al igual de su colega Killick, opina que se debe modificar el énfasis y poner atención en la manera en que las cosas son comunicadas en vez del contenido y el significado de esta. Desde un punto de vista de arte terapia, opinan que las obras no pueden ser vistas por su simbolismo sin que exista previamente una relación terapéutica sólida⁴⁹.

⁴⁷ Greenwood, 1994, p. 13. Traducción por la autora

⁴⁸ Segal, 1975, p.95

⁴⁹ Greenwood, 1994

2.6.6 Otras consideraciones

Más allá de la ventaja económica de utilizar al máximo los conocimientos de un profesional, hemos visto que la terapia grupal presenta varias características innatas que pueden tener ventajas con paciente con trastornos severos. Como en el caso de todo paciente con trastorno mental severo, es importante realizar un tratamiento individualizado y esto incluye la evaluación de los beneficios que podría tener una terapia grupal. Es importante mencionar que no son todos los pacientes adecuados para la terapia grupal y una mala selección de miembros de un grupo puede llevar al fracaso de la terapia y ser nociva para todos los participantes⁵⁰.

Por otra parte, Liebmann menciona también que “los grupos son especialmente adecuados para ciertos individuos (...) para quienes resulta demasiado intensa la intimidad del trabajo individual”⁵¹. Aquí se hace referencia al cambio de la díada de la terapia individual al sistema de interacciones complejas propias del grupo. Si bien, la terapia individual permite una atención individual que es apropiada para revivir otras relaciones íntimas del pasado, el grupo descentra y multiplica la interacción. Esta multiplicidad dentro del grupo puede aumentar las posibilidades de ayuda mutua donde “las personas que tienen necesidades semejantes pueden proporcionarse apoyo recíproco y ayudarse mutuamente a resolver los problemas”⁵². De la misma forma, una persona no depende del feedback de una sola persona como en la terapia individual, sino que de un comentario de cualquier miembro del grupo puede tener un significado especial. Así, “los grupos sirven de catalizadores para el desarrollo de recursos y capacidades latentes”⁵³.

2.6 Arte terapia grupal

La eficacia de la terapia grupal se logra gracias al espacio protegido donde el paciente vulnerable puede retomar contacto a su ritmo con una vida social después de un período de hospitalización y aislamiento relacionado con su enfermedad, ensayando aspectos relativos a la vida

⁵⁰ Yalom y Vinogradov, 1996

⁵¹ Liebmann, 1984, p.238

⁵² Liebmann, 1984, p.238

⁵³ Liebmann, 1984, p.238

comunitaria, como los límites y los lazos afectivos. Pero ¿Qué pasa cuando se introduce el trabajo con materiales artísticos dentro del formato grupal?

Nowell describe su experiencia de implementación de arte terapia en una comunidad terapéutica. La implementación nació de un desbalance dentro del centro, la autora recuenta:

Algunos pacientes y miembros del equipo se dieron cuenta que existía una real necesidad de reajustar el balance y encontrar un complemento al enfoque verbal, analítico y hacia la resolución de problemas; una necesidad de ayudar en la síntesis, de integrar de manera más eficiente el conocimiento y significado intelectual con la emoción y la experiencia, lo verbal con el no-verbal, y de reestablecer el diálogo natural entre lo consciente y lo inconsciente, entre el Yo y el ego, hacia una integración de la personalidad como una entidad entera⁵⁴.

A partir de la experiencia de Nowell como arte terapeuta, ¿en qué el hecho de hacer arte cambia la dinámica de grupo y ayuda al paciente con enfermedad mental severa?

2.6.1 Factores terapéuticos del arte

Como se ha enunciado al comienzo de esta monografía, para los fundadores del arte terapia, la actividad artística es en sí terapéutica y el arte terapia actual busca potenciar estas características terapéuticas y ponerlas al servicio del proceso psicológico.

Los factores terapéuticos del arte se basan principalmente en tres elementos interconectados que son el acceso al inconsciente, la creación de un objeto imbuido de significado y el espacio de juego (o transicional). La actividad artística, por el hecho de incorporar el cuerpo, la imaginación y la percepción accede a procesos primarios o primitivos que pueden gatillar la memoria y la emoción encubierta. Por el hecho de plasmar estos elementos inconscientes en una obra, se da forma lo que previamente era indescriptible, incompleto o incomprensible a través de procesos de simbolización. Al crear una obra de arte se trasladan elementos inconscientes directamente a un mundo tangible que es en sí una comunicación. Esta puede ser un intercambio entre autor y obra, entre obra y otra persona (como terapeuta o miembro de grupo) o finalmente una posibilidad de convivencia en torno a esta obra, donde el autor puede revelar su experiencia o significado o el espectador compartir sus percepciones o experiencia personal frente a esta comunicación.

Con los materiales de arte se puede interactuar con mayor libertad y juego, “dando la posibilidad de entretención y de acciones serias al mismo tiempo”⁵⁵. Aquí, entran en juego los procesos creativos que se desprendan de la dimensión racional; Liebmann explica que un aspecto

⁵⁴ Nowell, 1987, p. 162. Traducción realizada por la autora

⁵⁵ Waller, 1993, p. 36. Traducción realizada por la autora

importante del juego es “su capacidad de llevarse a cabo en numerosos niveles distintos, de acuerdo con las necesidades o los deseos del individuo. Puesto que el arte comparte dicha cualidad, los juegos artísticos resultan herramientas muy flexibles”⁵⁶. El proceso de simbolización implica acceder a un espacio de juego, a un espacio apartado de la realidad tangible de todos los días pero no menos real en tanto a procesos que se desarrollan. Reyes explica: “esta situación provee una importante oportunidad de transferencia de relaciones tempranas a través de sensaciones y memorias de juego en presencia de adultos”⁵⁷ Para personas con una historia de enfermedad mental, a menudo han sido privados de muchos aspectos de juego creativo y se encuentran en un estado de rigidez psicológica⁵⁸. En este espacio transicional, todo es posible y libre de las reglas de lógica, exigencias personales y normas sociales; al igual que en los sueños, es libre de consecuencias aunque es una vivencia real para la persona en el sentido de oportunidad de crecimiento personal.

2.6.2 Gatillar y revivir memorias

Uno de los aspectos del acceso al inconciente por la actividad artística es la rememoración de eventos de la infancia o del pasado. Aunque la obra artística puede servir para representar conscientemente un eventos pasado, a veces la persona recuerda mientras trabaja con materiales.

Molloy escribe:

El trabajo espontáneo de arte puede recrear memorias infantiles de manera muy viva e evocadora. Los recuerdos fragmentarios y vagos que son difíciles de fusionar en una narrativa verbal coherente se pueden expresar a través de tonos sutiles de colores, texturas o dirección de línea y movimiento. La auto conciencia puede a menudo desaparecer cuando las personas están absorbidas en crear imágenes de su pasado.⁵⁹

A veces la persona puede recordar eventos desagradables que habían sido reprimidos durante años y, en este caso, tomar contacto con esta realidad puede ser difícil como aterrador. Aunque el evento en sí no se puede modificar ni el trauma borrar, se puede hacer frente a este recuerdo de manera más segura cuanto esta encarnada en un objeto o imagen exterior, invitando a ver esta memoria desde otra perspectiva, desde la de un adulto que ejerce algo de control sobre su vida, y en este caso, control concretamente sobre la obra creada.

⁵⁶ Liebmann, 1984, p.245

⁵⁷ Reyes, 2003, p.4

⁵⁸ Molloy, 1997

⁵⁹ Molloy, 1997, p.240. Traducción realizada por la autora

La arte terapeuta Molloy opina que el arte terapia es “un medio para forjar lazos entre la infancia y la vida presente y puede por ende permitir al paciente ver eventos desde el contexto de su vida actual. Estos eventos, bueno o malos, no pueden ser negados sin el riesgo de descontento interno, y la confrontación a estos puede aportar mucho en la resolución de conflictos y manejo de estrés”⁶⁰.

2.6.3 Beneficios de la comunicación no-verbal

En arte terapia, el objeto de arte es central y foco principal de comunicación verbal y no-verbal. Reyes escribe: “los objetos de arte dan un producto concreto de discusión, permitiendo ser compartidos a otros u oculto de la mirada de los otros, en cualquiera de los casos los objetos de arte graban el viaje grupal (procesos grupal) y forman la base de la cultura grupal”⁶¹. Liebmann escribe que: “el arte puede ser otro camino importante de comunicación y de expresión, sobre todo cuando fracasan las palabras”⁶². Hay momentos que las palabras son insuficientes para comunicar una experiencia y que la imagen, operando más bien en el mundo de la metáfora, puede comunicar sin necesariamente explicitar como lo hacen las palabras.

Para Waller, la ventaja central es el cambio de una comunicación principalmente verbal a una comunicación principalmente visual. Para ella, hacer arte tiene el potencial de ser más irracional y menos contenido porque la mayoría de los pacientes no tienen los patrones de mecanismos de defensa usados diariamente en la comunicación verbal. Por ende, la imagen u obra de arte tiene el potencial de ser muy poderosa y cruda por su cercanía con el mundo inconsciente, la fantasía y a eventos del pasado. Por razones evidentes, la reducción de patrones de defensa puede ser una gran ventaja en el proceso terapéutico para algunos pacientes donde el desenvolvimiento puede ser más rápido e intenso. Waller señala que “el proceso grupal puede ser intensificado por hacer arte; los procesos se pueden desarrollar muy rápidamente y de manera muy tangible”⁶³.

Ligado con la falta de mecanismos de defensa, según Nowell, la terapia artística tiene también el potencial de ser más auténtica. La arte terapeuta comenta que para muchos de sus pacientes en estado vulnerable, en el comienzo de su trabajo en el centro terapéutico, las imágenes parecían más naturales que las palabras. Para ella, trabajar con materiales artísticos y las cualidades

⁶⁰ Molloy, 1997, p. 241. Traducción realizada por la autora

⁶¹ Reyes, 2003, p.4

⁶² Liebmann, 1984, p.240

⁶³ Waller, 1993, p.35. Traducción realizada por la autora

inherentemente curativas de los procesos creativos sirve de puente entre los mundos de la realidad interna y externa, ofreciendo la posibilidad de síntesis para una persona viviendo un estado interno sumamente confuso⁶⁴.

El trabajo con materiales artísticos abre la oportunidad a todos de ser vistos y escuchados, pero de manera distinta. Es un comienzo para contactarse con otros, de compartir y de crear confianza y soporte social, todos elementos necesarios al proceso de individuación. Así, aunque se viva la empatía y la comunión dentro del grupo, la relación principal es entre la creación y el creador, o, visto de otra manera entre el Yo y el ego.

2.6.4 Fortalecimiento de funciones yoicas

Con la esquizofrenia y enfermedades parecidas, se observan

Distorsiones características y fundamentales del pensamiento y de la percepción, y afecto embotado o inadecuado en plena conciencia (WHO 1992). Las distorsiones características del pensamiento y de la percepción se relacionan fundamentalmente con un sentido de invasión del yo. Una persona con esquizofrenia puede experimentar dificultades para distinguir entre el yo y el no yo, lo que se denomina una pérdida de los límites del yo.⁶⁵

Reyes se refiere que Greenwood (1997) “plantea como la maduración del ego puede ser facilitada a través de arte terapia”⁶⁶. Esto se logra principalmente a través de la práctica de la simbolización. La población con trastornos psicóticos presentan un pensamiento concreto, una literalidad de la expresión y de la comprensión; desde otra perspectiva, un grave deterioro de la capacidad de crear símbolos⁶⁷ o más bien una dificultad en construir el símbolo como elemento externo representativo de algo interno, así ligado a la dificultad en distinguir realidad interna de externa. Killick y Greenwood apuntan a que la dificultad de los pacientes psicóticos no es el acceso a los procesos internos, primitivos o inconscientes sino la inhabilidad en contenerlos o transformarlos adecuadamente en procesos secundarios⁶⁸. Así, se observa una ambigüedad y una difusión de los límites del ego, tanto dentro de los límites internos como en la interpretación de la realidad y en las relaciones con otros.

⁶⁴ Nowell, 1987

⁶⁵ Ruddy y Milnes, 2008, p.2

⁶⁶ Reyes, 2003, p.7

⁶⁷ Ruddy y Milnes, 2008

⁶⁸ Killick, 1997 y Greenwood, 1997

Desde la perspectiva de Killick presentado en Reyes 2003, el arte terapia con pacientes graves con desintegración del yo debe principalmente proveer contención donde las obras de arte sirven para “la expulsión de sentimientos y contenidos mentales intolerables”⁶⁹. Este planteamiento se refiere al concepto de chivo expiatorio de Shaverien donde el objeto creado es un contenedor externo de elementos internos. Así el trabajo de arte terapia ofrece una diferenciación externa para la persona que no tiene la capacidad de autocontención o de autoprotección contra una invasión por estos pensamientos, pulsiones o sentimientos primitivos.

En otros casos, la práctica de la sublimación, que en “arte terapia se refiere al fomento de la capacidad de simbolización a través de la creación artística”⁷⁰ puede ser una herramienta importante donde el terapeuta tendrá que ayudar al paciente en mediar entre sus pensamientos concretos y simbólicos. Así el paciente accede a procesos primarios sin perder el control sobre estos sino transformándolos en actos o símbolos conscientes contenidos en el objeto creado. De esta forma, el paciente fortalece la diferenciación entre interno y externo y ejerce su capacidad de ligar adecuadamente con elementos internos. Molloy escribe:

Para el paciente que está saliendo de una descompensación psicótica, el acto de compartir imágenes concretas y de considerar en grupo el contenido simbólico puede proveer una isla objetiva muy necesitada dentro de un mar de fragmentación y de subjetividad sobre intensificada.⁷¹

El trabajo de arte terapia grupal con pacientes psiquiátricos desarrollado por Tanis Dick resume bien los objetivos en tanto a funciones yoicas. La autora plantea que se debe primero crear una barrera contra los estímulos internos orientando la atención del paciente hacia el exterior o la realidad; reducir la ambigüedad por orientar hacia la vivencia en el aquí y ahora; proveer funciones de apoyo al ego que ayuden a la persona a distinguir entre sí mismo y el otro; y finalmente corregir la difusión de los límites del ego con elementos y tareas específicas del *setting*⁷².

2.6.5 Convivencia entre mundo interno y externo

El trabajo con materiales artísticos en modalidad grupal ofrece una combinación de experiencias individuales y grupales que Reyes describe de “experiencia creativa de soledad en presencia de otros”⁷³. Cada miembro del grupo puede participar al mismo tiempo y dentro del

⁶⁹ Reyes, 2003, p.8

⁷⁰ Reyes, 2003, p.8

⁷¹ Molloy, p.241, Traducción realizada por la autora

⁷² Dick, 2001

⁷³ Reyes, 2003, p.4

mismo espacio en un nivel donde se encuentre cómodo y según sus capacidades personales. Hacer arte dentro de un grupo terapéutico presenta un balance entre la privacidad y el acto de compartir.

Nowell escribe:

El mundo privado de pintar se vincula con el mundo público del lenguaje, y tiene una etapa intermedia de poder comunicarse y de confrontarse con uno mismo previamente antes de compartir con los demás... Esto es lo que significa ser un individuo con una identidad y ser un miembro de una comunidad.⁷⁴

Cuando cada uno de los integrantes de un grupo experimenta el trabajo con materiales artísticos, es esta experiencia así como el producto final que es compartido directamente o indirectamente con el grupo. Los diferentes tipos de participación y comunicación son de igual valor porque el enfoque está en los procesos y “un garabato puede ser una aportación tan considerable como una pintura acabada⁷⁵”.

2.6.6 La producción artística como espacio seguro

Así, el trabajo con materiales, si bien puede ser muy revelador por su cercanía con procesos primarios, presenta también seguridad porque es el trabajo artístico que es el foco de proyección. Sí la transferencia en terapia de grupo ya es más débil y más difusa por la estructura misma, porque no reproduce la díada primaria y porque es múltiple y no solamente dirigida hacia el terapeuta⁷⁶, en terapia artística la transferencia es también redirigida en gran parte hacia la obra. Es esta proyección en un elemento externo que permite la posibilidad de controlar el grado de exposición de sí mismo y hacia el cual plasma sus frustraciones y sentimientos negativos. Como ejemplo, Waller describe que el trabajo artístico es un método seguro, concreto y fácil de expresar actitudes frente al conductor grupal y de facilitar la comunicación entre miembros del grupo. Así, la estructura de un grupo de arte terapia es a menudo menos amenazante que un grupo verbal⁷⁷.

Ligado a lo anterior está el hecho que los productos artísticos son tangibles y pueden examinarse posteriormente. Las obras tienen un valor de comunicación que perdura en el tiempo aunque el significado no es estático y se puede ir modificando. La obra de arte, a diferencia de las palabras, resisten al tiempo sin las limitaciones de la memoria; así la experiencia de la obra puede ser revisitada en varios momentos según el deseo del observador. Esto es una herramienta muy útil

⁷⁴ Nowell, 1987, p. 165-166. Traducción realizada por la autora

⁷⁵ Liebmann, 1984, p. 240

⁷⁶ Guimón, 2003

⁷⁷ Waller, 1993

para el terapeuta y el autor quienes pueden reflexionar sobre las imágenes dejadas atrás dentro de otro espacio físico y temporal, y posiblemente fuera del contexto grupal.

2.6.7 Participación y empoderamiento

Varios autores han descrito el sentimiento de vacío y la falta de propósito presente en la mayoría de los pacientes psiquiátricos. Molloy describe:

Varios pacientes se sientan totalmente desconectados del avance de sus vidas; sienten que las cosas simplemente les pasan y que están impotentes sin poder influenciar los eventos. Un sentido paralizante de vacío empieza a penetrar sus vidas y no logran hacer uso de la rehabilitación práctica que les está oferta.⁷⁸

Para la autora, hay que ofrecer actividades que permitan un crecimiento creativo y una alimentación psíquica; al dar respuesta a estas necesidades, la vida diaria le parecerá menos vacía y estresante y podrán aprender de las herramientas más prácticas en los programas de reinserción.

Hemos visto en el capítulo anterior que la modalidad grupal es un encuadre más democrático que la terapia individual, donde cada miembro del grupo puede aportar a otro y donde existe una relación menos diferenciada con el conductor. Así cada persona es partícipe y rompe con el rol habitualmente pasivo en el proceso de tratamiento, lo que puede alentar al paciente en tomar interés y acción en pos de su bienestar general. De la misma forma, el arte terapia grupal puede facilitar la participación y empoderar progresivamente al paciente.

En el trabajo con materiales, las obras son creadas por el paciente y estas unen los pacientes y el terapeuta en un espacio común donde cada uno es un participante activo, pero donde cada paciente ejerce en un momento cierto poder por ser el autor/dueño de la obra creada. Es más, el acto de crear una imagen y de posiblemente compartirla con el grupo puede ser visto como un acto omnipotente donde el artista ejerce un poder ilimitado e irracional sobre su creación. El paciente puede vivir un estado de egocentrismo donde pueden realmente modificar algo según su percepción y deseo y además decidir como esta creación interactúa con el mundo exterior. Este empoderamiento total sobre el objeto creado sirve de equilibrio y de ensayo dentro de un contexto general de pasividad y de apatía común en los enfermos mentales.

2.6.8 Fomento del aquí y ahora

Yalom y Vinogradov enfatizan la importancia de llevar al grupo hacia la vivencia del aquí y ahora para que el trabajo terapéutico sea posible. En la sesión de arte terapia grupal, el hecho de hacer arte obliga cierta conexión dentro del momento preciso si es sólo de manera inconciente por el hecho de enfocarse en la producción, las sensaciones y la toma de decisiones dentro del proceso.

⁷⁸ Molloy, 1997, p.241-242

De esta forma, hacer arte obliga cierta presencia en el aquí y ahora. Algunos pacientes pueden experimentar *insight* y hasta catarsis a través del trabajo con materiales y esta experiencia personal puede resonar o extenderse dentro del grupo.

La actividad plástica no sólo fomenta la presencia de uno con sí mismo sino también dentro del grupo. De la misma forma que el artista se conecta con la experiencia de primero hacer y después de percibir su obra, los miembros del grupo tienen reacciones a las obras del grupo. Reyes explica: “las producciones visuales producen diversas reacciones entre los miembros (rechazo, aceptación, etc.) generando procesos de proyección, transferencia y contratransferencia al interior del grupo”⁷⁹. Haciendo referencia al concepto de contratransferencia estética de Shaverien, Reyes escribe que la interacción dentro del grupo no se limita a una comunicación interpersonal sino también a una interpictórica. Finalmente, Waller agrega que “el trabajo artístico puede ayudar en entender el aquí y ahora del grupo en cual la observación y la reflexión pueden revelar el ánimo del grupo”⁸⁰; en otras palabras, las obras ayudan en la toma de conciencia de los procesos que ocurren en el grupo. Si bien el arte y el contexto grupal tienen el potencial de acelerar el trabajo personal de cada individuo, Waller advierte que este tipo de experiencia puede ser peligroso con paciente vulnerables⁸¹; aquí la contención es de suma importancia.

2.6.9 Hacer arte como herramienta de aprendizaje

El ejercicio de crear es en sí muy importante: hacer arte es al mismo tiempo desafiante, estimulante y que satisface; es un aprendizaje que se puede extender a otros aspectos de la vida. Charlton se refiere a una “satisfacción no específica derivada de ser absorbido en el proceso creativo”⁸² pero el arte terapia también “ofrece una oportunidad de ejercer la auto disciplina, un atributo de gran valor para un paciente quien trata de adaptarse a las presiones de una vida cambiante”⁸³.

Hemos visto que la institucionalización ha tenido un impacto sobre las percepciones de los pacientes hacia sí mismos y una meta terapéutica debiera ser la de cuestionar estos pensamientos negativos. Una obra de arte es una demostración tangible de las capacidades de una persona y es

⁷⁹ Reyes, 2003, p.4

⁸⁰ Waller, 1993, p.36. Traducción realizada por la autora

⁸¹ Waller, 1993

⁸² Charlton, 1984, p.186. Traducción realizada por la autora

⁸³ Molloy, 1997, p.247. Traducción realizada por la autora

“evidencia de habilidades organizacionales, competencias manuales, imaginación y motivación”⁸⁴. Se menciona este punto no como herramienta de evaluación sino más bien como oportunidad de aprendizaje para el paciente y de modo de estimular una autoimagen positiva.

Para algunos, hacer arte combinado con la demanda inherente de la terapia grupal también puede presentar algo amenazante. Frente a un bloqueo, “la creación de imágenes personales se puede producir de manera gradual y la memoria de los pacientes pueden ser alentados en empezar en algún lugar aunque en el inicio sea sólo a un nivel de objeto decorativo o juego con materiales”⁸⁵. La dificultad en poder entregarse al proceso creativo puede ser indicador de inseguridad y de autopercepción negativa. Charlton asocia el déficit de concentración con la falta de propósito, interés y seguridad y que los pacientes que presentan dificultades de este tipo tienen a menudo miedo al fracaso en tareas que consideran fuera de sus capacidades⁸⁶. El conjunto de obras realizadas en terapia puede ayudar al paciente en tomar conciencia de sus capacidades y de su evolución.

⁸⁴ Charlton, 1984, p. 176. Traducción realizada por la autora

⁸⁵ Molloy, 1997, p.247. Traducción realizada por la autora

⁸⁶ Charlton, 1984, p.178

III CONTEXTUALIZACIÓN: ESTUDIO DE CASO

3.1 Institución de prácticas: el hospital de día

La práctica del postítulo de arte terapia se realizó en el Hospital de día del Hospital Barros Luco-Trudeau de Septiembre a Diciembre 2009. Las alumnas en práctica tuvieron un acercamiento previo informal con algunos pacientes del servicio y con el pequeño equipo profesional compuesto de un médico psiquiatra, dos psicólogos, un terapeuta ocupacional, una enfermera y un asistente social. El hospital de día cuenta también con varios alumnos en práctica, especialmente médicos y terapeutas ocupacionales. Las dos alumnas de arte terapia fueron co-terapeutas de una intervención grupal de arte terapia lo cual se insertó dentro del horario y espacio regular del hospital de día tal como otros taller habituales realizados por el equipo profesional.

El hospital de día tiene un cupo oficial de 25 pacientes pero en la práctica suele tener una asistencia promedia de 16 usuarios. A medida que se libera un cupo, se aceptan nuevos pacientes que vienen derivados desde varios centros de salud de Santiago Sur y en mayor proporción de corta estadía del hospital psiquiátrico del Barros Luco. El centro de salud atiende principalmente a pacientes presentando (o con sospecha de) trastorno mental grave con episodio psicótico, lo que en la practica corresponde a una gama bastante amplia de trastornos y de edades.

El hospital de día funciona según un horario que empieza a partir de las 8.30 cuando comienzan a llegar los pacientes al hospital de día. A las 9.00 el grupo toma desayuno acompañado por un miembro del equipo y a las 10:00 parte el taller de la mañana. Se termina el taller de la mañana a las 12 del día y los pacientes tienen 2 horas para almorzar, realizar sus labores del centro y descansar antes de los talleres de la tarde que se realizan entre las 14 y las 16 horas. Durante el transcurso del día, un paciente puede ser llamado a salir de un taller para atención personalizada (como control médico, toma de medicamentos, atención individual psicológica o social, examen médico, etc.). Cada lunes se elige en grupo algunas actividades electivas de la semana (salida a la comunidad y actividad recreativas) y se definen las responsabilidades de cada unos de los usuarios (cuidado de plantas, limpieza de espacios comunes, instalaciones para los talleres, instalaciones y lavados de desayuno y almuerzo, etc.) que tendrán que cumplir durante los momentos libres entre talleres.

Los usuarios del hospital de día atienden el centro bajo consentimiento propio; cada paciente se compromete con cierta asistencia en conjunto con un miembro del equipo según sus necesidades, responsabilidades y etapa dentro de su proceso de recuperación. La familia del paciente, mediante un miembro que actúa como apoderado del paciente, también se debe comprometer con la labor del hospital de día y las actividades pertinentes (reuniones individuales con el personal, talleres para familiares, eventos, etc.). Así, algunos pacientes se atienden en horario completo mientras otros se atienden en media jornada por responsabilidades familiares, laborales, por preparación al alta médica u otra razón. En el caso de la intervención de arte terapia, si bien los pacientes no tenían obligación directa de asistir al taller, tenían un compromiso en la asistencia al hospital de día, reforzado por el equipo formal y las familias.

3.2 Objetivos terapéuticos de la intervención

Como la intervención se insertó dentro del funcionamiento normal del hospital de día, como una parte del servicio de este, se acotó a los objetivos principales del centro de salud. Como se ha descrito en el contexto teórico, la meta principal de un hospital de día es la preparación para la reinserción social del paciente. Esto se logra a través de la estabilización médica y una serie de aprendizajes formales y prácticos realizados y ensayados dentro del centro de atención. Así existen una serie de objetivos que son comunes a todos los usuarios y que se manifiestan a través del funcionamiento, normas y responsabilidades de cada uno dentro de la comunidad del hospital de día. Otros objetivos son individuales para cada paciente y se desarrollan indirectamente dentro de la jornada o con el apoyo de la atención individual recibida en el hospital de día. Es importante notar que al ingreso al hospital de día el personal con apoyo y acuerdo del paciente y de su familiar apoderado desarrolla los objetivos de la estadía en el hospital de día.

En el taller de arte terapia, se propuso trabajar con los objetivos generales del hospital de día y los objetivos individuales de cada paciente, desde el trabajo con materiales de arte y el escenario grupal. Así para las metas relativas al grupo, se proponía desarrollar herramientas relativas a la vida colectiva saludable, la comunicación (verbal como no-verbal), la independencia, la autoestima y el control de impulsos internos. A través de la interacción grupal y el trabajo artístico, se propone trabajar la distinción de realidad interna con externa, fortalecer las funciones yoicas y desarrollar el autoconocimiento y la identidad.

Frente a los grandes desafíos que enfrentaban los pacientes del hospital de día (el simple hecho de estar presente era en sí un enorme desafío para varios), habitualmente cada uno se enfocaba (consciente o inconscientemente) en un objetivo más o menos alcanzable. En algunos casos, los miembros del personal nos informaban de algunos desafíos inmediatos de un paciente en particular. En ambos casos, las terapeutas apoyaban los procesos del paciente (siendo más directivo si era necesario) hacia esta meta tanto de forma individual dentro del grupo como dentro de las interacciones grupales si era adecuado.

En el taller de arte terapia, algunos pacientes trabajaron metas precisas que no trabajaban directamente en otros talleres (como la perseverancia en llevar a cabo un proyecto artístico). Otros trabajaban temas transversalmente con los otros talleres (ver de manera general en su vida); algunos trabajaban principalmente desde el escenario grupal mientras otros desde los materiales y la creatividad. En general, los temas que trabajaban los pacientes eran compartidos o relacionados con otros miembros del grupo, lo que las terapeutas trataban de hacer notar dentro del grupo.

3.3 Descripción del grupo de arte terapia

El grupo de la intervención esta compuesto por los usuarios que atendían al hospital de día en ese momento menos algunos casos que estaban exentos de asistencia en este horario. En algunas oportunidades, se recibió a personas externas al hospital de día para que probaran el taller, por ejemplo en el caso de ex-usuarios del hospital de día o de pacientes de corta estadía del mismo hospital. También se daba la opción a los pacientes que obtenían su alta para seguir asistiendo al taller bajo consentimiento del equipo del hospital de día. Como parte del grupo aparte de las dos co-terapeutas, también había a menudo uno o dos miembros del equipo regular del hospital de día que ocupaban el rol de ayudante, especialmente en el caso de algunos pacientes quienes necesitaban atención particular.

Los pacientes tenían residencia en varias comunas del sector sur de la Región Metropolitana; algunos viviendo bastante cerca del hospital y otros a más de una hora y media en transporte público. En gran mayoría eran de familias de estrato socio-económico medio-bajo y bajo con un nivel de educación variando de analfabeta a universitario o técnico incompleto. En casi todas las familias existía algún grado de disfunción y en algunos casos existían situaciones de abuso o violencia.

En cuanto a la patología, resulta difícil enmarcar la enfermedad mental de los pacientes del hospital de día Barros Luco-Trudeau dentro de una misma categoría aunque se decidió usar el término de trastornos mentales severos presentado anteriormente. El centro diurno se enfoca en cuidados para personas con sintomatología psicótica funcional actual o residual, correspondientes a diagnóstico del apartado Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos del DSM-IV, pero no excluyen a otros pacientes con trastornos graves del ánimo o psicosis de origen orgánica. La mayoría de los pacientes presentan además de síntomas psicóticos, trastornos de personalidad, del desarrollo, del ánimo, problemas de abuso de sustancias, etc. Es importante tomar en cuenta que varios pacientes del hospital de día, en especial jóvenes en los cuales se sospecha un primer brote esquizofrénico, se encuentran bajo observación del equipo para poder establecer un diagnóstico. Además, muchos pacientes llegan al hospital de día con un diagnóstico de derivación, lo cual puede ser modificada posteriormente.

3.4 El encuadre terapéutico

El “taller de arte terapia”, como fue llamado dentro del hospital de día, se realizó semanalmente durante 16 sesiones. Correspondía a una intervención de grupo abierto basado en el estudio de arte o espacio físico y simbólico del trabajo con materiales. Así el aspecto curativo principal de este tipo de intervención lo constituye el mismo proceso artístico y creativo.

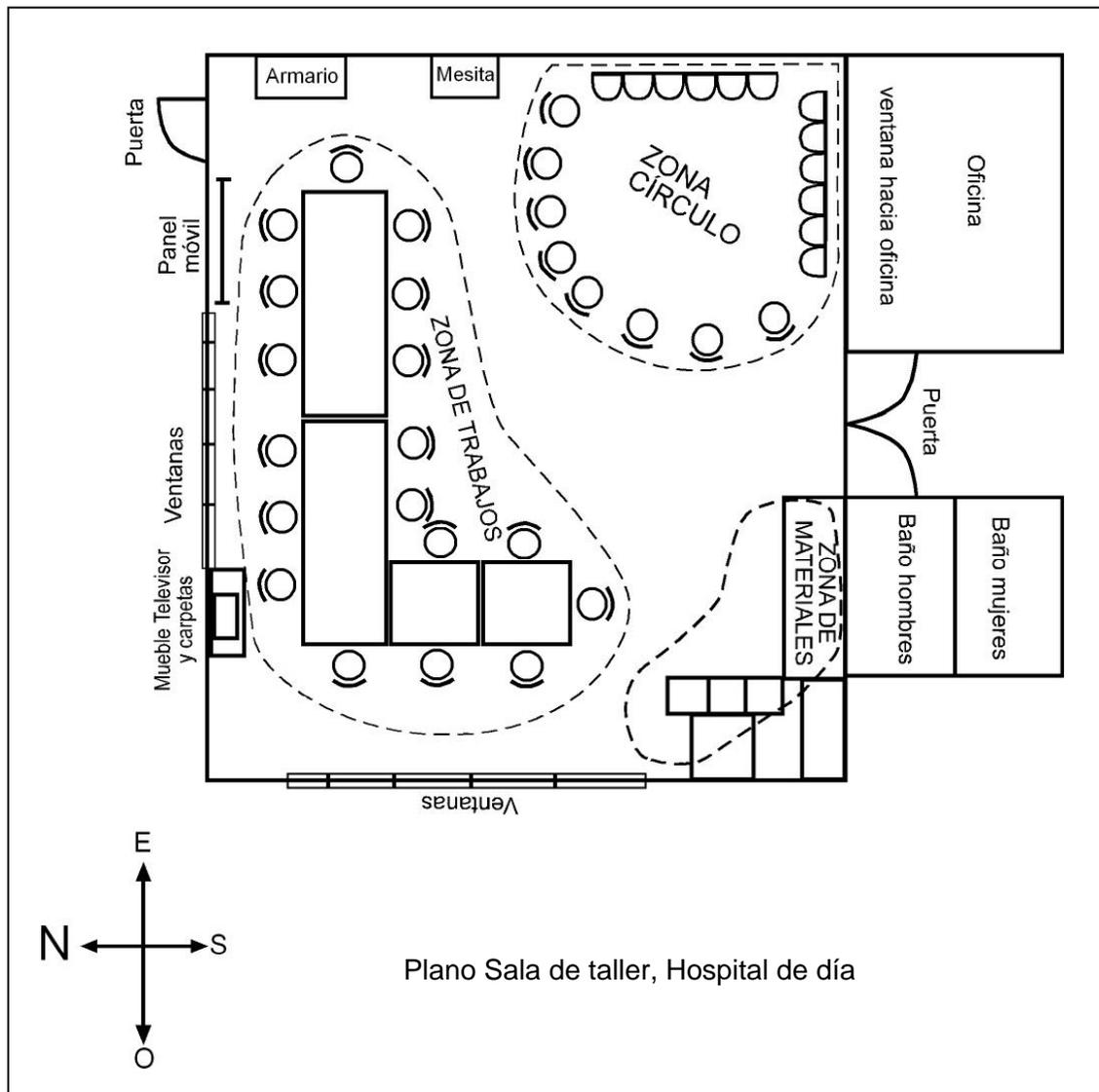
3.4.1 Enfoque de intervención

En general las co-terapeutas tenían un rol no-directivo con excepción de la primera actividad del paciente (la fabricación de la carpeta individual) y de la actividad grupal de cierre en la última sesión. En algunos casos, se proponía alguna actividad dirigida a un paciente cuando había una dificultad en embarcarse solo en la actividad artística, pero siempre con el objetivo de que el paciente se pudiera independizar. Estas actividades dirigidas eran generalmente un punto de partida asistido desde el cual el paciente podía seguir de manera más autónoma.

Si bien el enfoque principal era los procesos internos que se desarrollan entre la persona y su obra, esta vivencia se generaba y se compartía dentro de un contexto de grupo que también era de importancia aunque no se abordaban explícitamente estos procesos grupales.

3.4.2 Espacio de intervención

El hospital de día tiene una sala de taller amplia y con abundante luz de la tarde. La sala cuenta con dos mesas largas, dos mesas medianas plegables y una mesa de centro baja, sillas y bancos de varios tipos, unas repisas con materiales y juegos del hospital de día, un computador (en desuso), un televisor sobre un mueble, un panel móvil y un armario (ver plano). Este espacio es utilizado para todos los talleres pero también tiene la función de sala de estar de los usuarios quienes tienen libre acceso y donde pueden descansar o mirar tele entre las actividades oficiales. El acceso a la sala se hacía por una puerta doble, al lado de la cual se ubicaban los baños de hombres y mujeres. Había otra puerta de emergencia que daba a otro sector, útil en el caso de ventilar la sala en los días de calor. Había también dos muros completos de ventanales con cortinas. Se debe mencionar que



había una ventana transparente entre la sala del equipo profesional y el taller, que permitía ver tanto hacia la sala de taller como hacia la sala del equipo. Si bien este detalle sorprendió a las co-terapeutas y causó una preocupación por el posible sentimiento de invasión, nunca se percibió como elemento de malestar dentro del grupo quienes estaban acostumbrados a este detalle de la sala.

Sí bien los pacientes se sentían generalmente cómodos dentro de este espacio por ser conocido y habitual, era importante modificar dicho espacio tanto para las necesidades propias a un taller de arte terapia pero también para recalcar las diferencias que habían con los otros talleres. Se mantuvo durante todas las sesiones la misma instalación dentro de la sala, con excepción de las dos últimas sesiones en las cuales se modificó el espacio de trabajo.

Para el espacio de trabajo, se juntaron las dos mesas largas para crear una sola mesa larga. En el transcurso de las sesiones cuando aumentó el número de miembros del grupo, se fueron agregando dos mesas (sacadas del comedor) en un extremo de la mesa larga para formar una “L”. Era importante que cada persona tuviera el espacio necesario para trabajar de manera cómoda pero que estos espacios fueran también dentro de un conjunto para facilitar así la interacción entre los pacientes. Los pacientes siempre tenían la opción de salir del espacio de trabajo común y la sala era lo suficientemente amplia como para que pudieran trabajar de manera apartada en los bancos, la mesita baja, el piso o en el panel móvil.

El espacio de materiales se encontraba a la izquierda desde la entrada a la sala. Este espacio era el más saturado en estímulos visuales dentro de la sala que era bastante vacía, tanto por los materiales propios al taller de arte terapia como por las repisas de materiales, juegos y el computador. Como era un espacio lleno de cosas y bastante desordenado (tanto por los objetos variados de la sala como los materiales propios al taller de arte terapia, especialmente al final de cada sesión) era importante contener la multitud de estímulos dentro de este espacio para que el paciente visitara y explorara los materiales, tomara lo que necesitara o le llamara la atención pero que luego pudiese volver a un espacio más tranquilo para trabajar.

El último espacio era el círculo que se usaba al comienzo y al final de la sesión. Representaba un espacio grupal más formal que el espacio de trabajo, donde cada persona ocupaba un espacio igual a los otros miembros y en el cual todos podían ser vistos y escuchados por todos. Este espacio se armaba en el lado oriente de la sala, frente a la ventana de la sala del equipo. A diferencia de los otros dos espacios, en este primaba la comunicación verbal.

3.4.3 Relación de las arte terapeutas con el sistema del Hospital de día

Las terapeutas estaban presentes en el hospital de día un mínimo de una vez a la semana pero a menudo podían estar tres veces a la semana. El día del taller grupal semanal de arte terapia, llegaban generalmente dos horas antes del inicio, tiempo que se usaba para la supervisión, la comunicación con miembros del personal, la revisión de fichas de pacientes, así como también para la interacción con los pacientes. Según los fundamentos del hospital de día, era importante que los pacientes tuvieran una relación con las terapeutas fuera del taller mismo y por lo tanto era importante que estuviesen presentes o visibles en otros momentos. El equipo profesional hablaba de la importancia de la “intervención de pasillo” que permite el acompañamiento constante, accesible y seguro del paciente. Se instauró la costumbre de saludar a cada uno de los integrantes del grupo y de conversar informalmente si es que ellos demostraban interés. De la misma manera, las terapeutas estaban presentes generalmente una hora después del final del taller.

3.4.4 Los materiales de arte terapia

Los materiales disponibles eran variados. Los materiales pictóricos incluían plumones, lápices scriptos de colores, lápices de madera de color, carboncillos, lápices de cera, pasteles grasos, lápices mina de diferentes graduaciones, gomas de borrar, etc. En pintura habían témpera, un set de acuarela, varios colores de tinta china, y un set de pintura para tela. Se tenía una variedad de pinceles y brochas, bandejas de plumavit y potes de yogurt para mezcla y contener agua. No había agua en la sala pero siempre había un balde a disposición y los baños se encontraban colindantes a la sala en el caso que alguien necesitara lavarse las manos. También había a disposición algunos utensilios variados como rodillos pequeños, tijeras, cola fría, spray fijador, cepillos de diente y de cocina, palitos de helado y de brochetas, alambre, aguja e hilo, etc. Había plasticina y arcilla (blanca y roja) con unas herramientas específicas para el trabajo. Había una caja de materiales de reciclaje que contenía botellas, una variedad de cajas y frascos de cartón y de plástico, tubos de cartón de varios formatos, formas de plumavit; otra con revistas y papeles diarios; y una tercera caja con retazos de género y de lana. Se tenía un portadocumentos con retazos de papeles y cartones de una variedad de colores y texturas, una selección de papeles más grandes de diferente calidad, color y formato. Los papeles que se usaban regularmente eran papeles reciclados blanco mate de un lado y blanco plastificado del otro, precortados en varias dimensiones (de tamaño carta a pliegues de 1,50 metro por 3 metros). El papel reciclado permitía una mayor variedad de materiales por el

ahorro de costos, pero es importante notar que el soporte no era impecable y que los pacientes tuvieron diversas reacciones frente a estos papeles reciclados. Mientras algunos se veían perturbados por las manchas e irregularidades de las hojas, otros demostraban mayor relajación frente a un material que era abundante, imperfecto y gratis.

Durante la sesión, todos los materiales estaban dispuestos en un sector aparte obligando los pacientes a levantarse para buscar sus materiales y llevarlos al sector de trabajo. Estaban organizados siempre de la misma forma sobre las mesas y en las cajas de plásticos que también servían para su traslado de una sala a otra. Entre las sesiones, los soportes (objetos de reciclaje, caja de género y lanas, caja de revistas y papeles) eran guardados en la sala de taller y los usuarios tenían libre acceso entre talleres. Los materiales pictóricos (lápices, pinturas, herramientas, arcillas, etc.) eran guardados en un armario de un box. A medida que se iba agotando un material, se reemplazaba con uno nuevo. Las revistas dejadas en la sala eran el material más usado fuera de los talleres y se encontraron en diferentes partes del hospital de día lo que llevó a que se necesitó rellenar la caja en varias ocasiones. Por esta razón se sugirió a los pacientes que quienes desearan trabajar con alguna imagen u otro material para otra sesión, debían guardar estos materiales en su carpeta personal.

Si bien había suficientes materiales para todos, se decidió juntar los materiales por categoría dentro de un recipiente para favorecer la interacción entre los pacientes. Por ejemplo, había más de 100 lápices de cera pero se guardaban todos en una sola caja de lata; así si más de un paciente quería trabajar con este material, se tenían que organizar entre ellos. En tanto a la cantidad y la variedad de materiales, se pensó que, aunque algunos pacientes se beneficiarían de la estimulación de tantas texturas y colores, otros podrían estar sobre estimulados e intimidados. Es por esta razón que las mesas de trabajo fueron separadas del sector de materiales para que los pacientes que necesitaban menos estímulos pudieran aislarse mientras los que querían explorar los materiales, pudieran pasar mucho tiempo en el sector de materiales, buscando y tocando varios de estos. En algunos casos, la abundancia de materiales intimidó a algunos pacientes, lo que se manifestaba principalmente en la dificultad en la elección de material de trabajo. En este caso, las terapeutas proponían un material y soporte que pensaban adecuado, llevándolo a la mesa de trabajo en un primer tiempo, pero alentando de a poco al paciente en hacer su propia selección y probar mayor variedad de materiales y soportes.

3.4.5 Las obras creadas

Las obras creadas se guardaban en dos lugares: las obras de dos dimensiones en las carpetas individuales dentro del mueble abierto de la televisión que estaba en la sala de taller y las obras de tres dimensiones eran guardadas en un mueble cerrado dentro de un box. Las obras de tres dimensiones eran llevadas a la sala en cada sesión hasta que el autor decidía que estaba terminado.

Se instauró un ritual de iniciación para cada nuevo integrante al grupo: la carpeta personal. Como primera actividad, se pedía al nuevo integrante que realizara su carpeta lo que consistía en doblar un cartón piedra de gran formato especial para este efecto, sellar dos de los lados para obtener un sobre y luego personalizar la carpeta. Este primer ejercicio servía para construir un espacio privado dentro del grupo, un símbolo de espacio seguro para las creaciones del paciente. Como ritual de iniciación y única actividad obligatoria y dirigida dentro de la sesiones, este acto también simbolizaba la entrada al grupo: “tengo mi carpeta entonces soy parte del taller de arte terapia”. Estas carpetas estaban sujetas a las reglas del grupo: estaban técnicamente accesible a todos en todos momento porque estaban en la sala de taller, pero se percibían también como espacio personal y protegido de cada paciente. Este estatus de “protegido dentro del grupo” fue representativo de las interacciones dentro del grupo donde se fomentaba la individualidad de cada uno y la presencia y aporte al grupo.

De manera formal, la carpeta era una herramienta importante para las arte terapeutas para entender las capacidades y dificultades de cada paciente cuando, por regla general, no tenían información sobre la persona previo al taller. Por ejemplo, se pudo apreciar inmediatamente el carácter obsesivo de MB, característica que se mantuvo en sus obras plásticas durante toda la intervención; de la dificultad de orden visuo-espacial de PA frente a su dificultad en construir físicamente su carpeta (no lograba conceptualizar las etapas para pasar de un pliegue de cartón a un sobre abierto en un lado); y de la inseguridad profunda de HM quién copió la imagen de la carpeta del compañero del lado.

Al final de la sesión, algunos pacientes se quedaban en la sala, conversando con las terapeutas mientras ellas ordenaban y tomaban fotos. Al final de cada sesión, las obras se dejaban sobre las mesas para que las terapeutas las fotografiaran antes de guardarlas en las carpetas de cada uno o en el armario del box en caso de obras tridimensionales. Las obras que no se habían secado se dejaban en un colgador dentro de la misma sala para ser guardado posteriormente. Aunque esta decisión fue

basada en la necesidad práctica de llevar un registro de las obras, también significaba para el autor el dejar encargado el cuidado de sus obras. En algunas ocasiones, les resultaba difícil encargar su obra a una terapeuta en vez de guardarla por sí mismo. Por ejemplo, en varias ocasiones, AA trataba de guardar una obra antes que lo viera una terapeuta y resistía dejarla con las obras de los compañeros en la mesa o en el círculo. También AA intentó hacer desaparecer sus obras en varias ocasiones (botando, arrugando, destruyendo) logrando realizarlo con éxito en una sesión sin que se dieron cuenta las terapeutas. Frente a su angustia, las terapeutas repetían el *setting* y trataban de negociar la vida de la obra. Aunque el rechazo de la obra tenía principalmente que ver con elemento que AA rechazaba en ella misma, estaba también presente el tema de confianza y de paranoia frente al uso de la obra por las terapeutas y otros miembros del grupo. En varias ocasiones, fue importante explicarle nuevamente a AA que era importante para las terapeutas el fotografiar todas las obras, que estas fotos se usaban solamente para fines educativos relacionados con los estudios pero que ella tenía la decisión de mostrarla o esconder su obra y la posibilidad de oponerse a que se sacaran fotos.

3.5 La estructura de la sesión

Un cuarto de hora antes del taller, se instalaba la sala de taller. A menudo algunos pacientes participaban en la instalación o simplemente entraban a la sala para interactuar con las terapeutas. Como era un grupo abierto y tomando en cuenta la capacidad mnemónica y la dificultad en el respeto de los límites de algunos pacientes, cada sesión se presentaba bajo el mismo modelo con inicio, desarrollo y cierre y contenía la misma información acerca del funcionamiento del taller.

3.5.1 El círculo de inicio

A la hora de empezar, una de las terapeutas iba a buscar los integrantes que faltaban y que generalmente estaban a fuera o en el comedor, invitándoles a pasar y sentarse en el círculo. Se trataba de juntar a todos a los pacientes antes de empezar pero a menudo algún paciente estaba en control y se integraba posteriormente al grupo. En el círculo, donde cada participante tenía una silla para sentarse, se pasaba la lista y se anotaba el nombre de los nuevos integrantes si es que los había. En este momento se pedía información a los integrantes presentes sobre los ausentes y esto pasó a ser la fuente de información principal de lo que iba sucediendo con los pacientes, acto que ayudaba a los integrantes a considerarse como parte de un grupo y de fomentar el compañerismo.

Las arte terapeutas se presentaban y se daba la información general sobre el taller lo que incluía: como funcionaba el taller, el trabajo con materiales, donde se guardaban las obras, que pasaba con las obras al final de las sesiones, la fotografías de las obras, el trabajo artístico como terapia y no como una obra evaluada. Después de las tres primeras sesiones, se pedía a los pacientes con más antigüedad que participaran en la explicación del taller para fomentar la participación, la toma de responsabilidades y la cohesión del grupo. Para facilitar la participación, se preguntaba por ejemplo: “¿Qué pasa con las obras al final de cada sesión? ¿Y al final de la intervención?” Era también un tiempo para comentarios y preguntas generales tanto de parte de las terapeutas como de los pacientes. El tiempo en el círculo de inicio no era mayor a quince minutos.

3.5.2 El trabajo plástico

Se invitaba a todos a pasar a la mesa de materiales para elegir sus materiales para trabajar. En el caso de un participante nuevo, una de las terapeutas lo acompañaba en un recorrido de la sala (especialmente de los materiales) y después lo invitaba a la fabricación de la carpeta personal, ayudando si necesario. Durante toda la sesión, las terapeutas estaban disponibles para asistir a los pacientes en la creación artística y para ayudarles personalmente si era necesario cuando enfrentaban dificultades. En varios casos, especialmente al comienzo, era necesario alentar a los pacientes para hacer algo o de seguir haciendo otros trabajos después que hubieran realizado una obra. Se alentaba generalmente a través de la exploración de materiales o profundización de la obra realizada. Varios pacientes tenían la costumbre de llamar a las terapeutas cuando terminaba la obra para preguntar “¿está bien?”, para hablar de lo que quiso representar o para hacer notar que cumplió con lo que consideraba como la “tarea”. En esta instancia, las terapeutas alentaban el paciente en hablar de su obra y del proceso, enfatizando la expresión de las sensaciones, emociones y memorias vividas en el proceso.

Varios pacientes resentían angustia en permanecer dentro de la sala durante todo el tiempo de la sesión; estaban acostumbrados en tener un recreo en los otros talleres del hospital de día y varios eran grandes fumadores. Sin embargo, no se hacía un recreo oficial dentro del taller de arte terapia pero se permitía una salida corta (para ir al baño, fumar, o tomar aire) de forma individual y según las capacidades del paciente para permanecer dentro de la sala. El paciente tenía que pedir permiso a una terapeuta y justificar el motivo de su salida. En algunas ocasiones se le negaba el permiso de salida si no se consideraba adecuado o se pedía al paciente el cumplir algo determinado antes de

salir (como terminar su obra, presentar su obra al terapeuta, ordenar su espacio de trabajo, etc.) con la intención de alargar su capacidad de permanecer dentro de la sala, contener su angustia y concentrarse en la actividad plástica y el proceso creador.

3.5.3 El círculo final

Una media hora antes del término de la sesión, se juntaba de nuevo el grupo en círculo. Acercándose a esta hora, las terapeutas daban el aviso de cuánto tiempo quedaba para trabajar, acercándose a los que no habían terminado y reorientando las energías de los que estaban sin actividad. Aunque se pedía que cada uno fuera responsable de los materiales y espacio, el orden de la sala era más bien considerado como una tarea grupal común. Así, al final de la sesión, los que habían terminado ordenaban la sala sin discriminar entre lo suyo y lo de los otros. De cierta forma, esta cooperación cuidaba el grupo como entidad; ayudando a los que necesitaban más tiempo para terminar sus procesos mientras otros ordenaban el espacio para el círculo final.

Se rearmaba entonces el círculo inicial (parcialmente desarmado durante el trabajo con materiales) y se invitaban a todos a sentarse y a poner su obra dentro del círculo. De nuevo se esperaba que todos los participantes estuviesen presentes antes de empezar. Se dejaba un tiempo para mirar las obras expuestas y se dejaba la posibilidad de hacer comentarios o preguntas. Después se iniciaban los turnos para presentar y hablar de su obra si es que lo deseaba la persona. Durante esta etapa, se instauró una regla de escucha y respeto del autor; los otros miembros del grupo podían comentar o preguntar pero solamente una vez que el autor hubiese presentado su obra y desde una posición de respeto y de impresión personal. En este intercambio, se trataba tanto de mantener y proteger la percepción egocéntrica del autor frente a su creación y mantener el espacio de comunicación entre autor y obra así como de delimitar claramente los espacios entre los pacientes.

A varios pacientes fue necesario ayudarlos a hablar de sus obras; las terapeutas le preguntaban entonces acerca de sus sensaciones con los materiales, sus procesos y pensamientos durante el trabajo, de como se sintieron antes, durante y después, y lo que querían hacer la próxima sesión. Pasaba a menudo que la persona que había contado acerca de su obra durante el transcurso del taller, no repetía la información en el círculo final. En este caso, las terapeutas invitaban en compartir con el grupo lo que habían compartido antes para fomentar los procesos grupales por sobre la relación personal con el terapeuta. En ningún momento se obligó a una persona hablar o

mostrar una obra si no lo deseaba. Sin embargo, se llamaba por el nombre del autor de cada obra, para que nadie quedara sin mencionar.

Se terminaba entonces con comentarios generales sobre el desarrollo de la sesión o sobre las similitudes o diferencias de las obras. Los pacientes estaban entonces libres de irse pero uno o dos voluntarios se quedaban para ayudar a limpiar y reordenar la sala. Otros pacientes se quedaban en la sala para conversar con las terapeutas mientras ordenaban y tomaban fotos o para revisar las obras creadas.

IV ANÁLISIS

4.1 Los tiempos en los grupos abiertos

Durante las 15 sesiones de arte terapia (una sesión fue cancelada por el hospital pero las terapeutas estuvieron presentes), se recibió a un total de 33 personas que asistieron entre 1 y 14 veces, y en cada sesión hubo entre 11 y 16 pacientes participantes. Como era un grupo abierto, la asistencia era muy cambiante y en general de corto plazo: un poco menos de la mitad (48.5 %) de los participantes asistió entre 1 y 5 sesiones, 39.4 % asistieron entre 6 y 10 sesiones y sólo 12.1 % asistieron a 11 sesiones y más (ver Anexo Asistencia). El hecho de ser grupo abierto también significaba que la intervención no tenía un comienzo ni un fin común a todos los participantes. Aunque hubo un comienzo y un final de la intervención como tal, también se trabajaba el inicio y cierre a lo largo de todas las sesiones y a veces de manera simultánea. Esta característica del grupo abierto dificulta dar cuenta de los procesos terapéuticos grupales y de relatar las vivencias grupales desde un orden cronológico o temático.

A continuación, se presentarán los principales procesos individuales y grupales vividos durante la intervención de arte terapia relativos a las teorías resumidas anteriormente e ilustrados por ejemplos concretos de casos y de obras creadas. A través del contacto con materiales concretos y del escenario grupal, se espera que el paciente fortalezca sus funciones yoicas para después poder entrar en contacto y comunicarse de manera adecuada con su entorno. Se espera que el aprendizaje personal desde el proceso creativo así como las experiencias positivas grupales ayuden al paciente a tener más éxito en su reinserción social al salir del hospital de día.

4.2 El enfoque en el proceso

La primera dificultad para el paciente nuevo era entender que la meta venía de él mismo y no de las terapeutas o del exterior. Acorde con la teoría sobre pacientes con TMS, encontramos que en muchos el foco de atención estaba mal ajustado entre interior y exterior; mientras los pacientes estaban visiblemente sobrepasados por sus vivencias interiores, también estaban exageradamente obsesionados en las exigencias exteriores (las de los otros miembros del grupo, de las terapeutas y del hospital de día). Esto se demostraba a través de una producción artística enfocada en el

resultado final y alentada por la expectativa de recompensa final al haber cumplido con la tarea. Así no era posible beneficiarse de los factores terapéuticos del arte.

Cumplir con lo que el paciente interpretaba como “la tarea” demuestra de un lado la dependencia, pasividad y resignación al rol de paciente, pero del otro el deseo de ser aceptado y de pertenecer al grupo. Se puede también interpretar la adopción del concepto de tarea frente al trabajo con materiales artísticos como una búsqueda por llenar el vacío o de controlar la confusión interna: al producir una tarea, el paciente tiene la ilusión que esto le va a permitir entrar a un grupo o recibir la aprobación del terapeuta que a su vez llenará sus necesidades afectivas humanas, aliviando temporalmente su estado interno caótico. Un paciente que realiza una obra con la intención de cumplir con la tarea difícilmente puede conectarse con temas significativos lo a su vez impide una participación y comunicación real (más allá de lo superficial) con el grupo en el círculo final. Sin conexión real interna, es difícil mantener una relación interpersonal con otro y por ende estar en una relación adecuada con el mundo exterior.

Tres ejemplos de actitudes de pacientes cuya actividades artísticas eran particularmente asociadas al resultado final, vienen a mi mente. LT era una mujer de 60 años con trastorno afectivo bipolar y cuya identidad giraba en torno a su imagen materna. Sus dibujos presentaban siempre los mismos elementos y reproducía la misma temática en parte producto al origen orgánico de su enfermedad: la de un entorno de campo (con animales, árboles y flores) donde figuraban niños a los cuales ella se refería como sus nietos (ver imágenes). Aunque su trabajo demostró cierta evolución, la motivación principal de LT para realizar la actividad plástica era el poder entregar el producto final. LT decía a menudo a las terapeutas: “no sé qué dibujarle, ya le dibujé todo lo que sé hacer bien, me tienen que enseñar algo nuevo para no aburrirles con el dibujo de siempre”.

A pesar de la insistencia de la terapeutas en la importancia del proceso y aunque LT logró embarcarse en algunas actividades plásticas más exploratorias, para ella siempre prevalecía el resultado final puesto en el exterior: quería “hacer algo lindo” para el grupo y las terapeutas. El altruismo de LT visto en sus obras se extendía a su rol dentro del grupo donde varias veces consoló a otros miembros cuando resentían pena; LT tenía un efecto sereno y tranquilizador sobre el grupo. La manera de ser de LT la hacía una persona agradable y de fácil acceso inicial. A primera vista era un paciente ideal. Siempre agradable, cooperadora y creativa, produciendo alegres dibujos. Pero analizando más profundamente la contratransferencia, salía a relucir el sentimiento de las terapeutas por ser cuidadas por LT. De cierta manera se invertía el rol, lo que no era desagradable



considerando la alta demanda de afecto por otros miembros del grupo. Una vez que hubo conciencia de esto por parte de las terapeutas, LT apareció como una persona con muy pocos elementos personales, salvo lo expuesto (cuidado a los demás).

Otro ejemplo es RM, un joven que asistió al taller por primera vez como visita desde corta edad. RM tenía muchas dificultades en respetar límites físicos con mujeres y en este primer encuentro se encontraba bastante angustiado y descompensado. Partió produciendo obras de arte de manera prolífera y demostrando bastante control y organización, hecho que sorprendía en comparación con su disminuida capacidad de comunicación verbal y su aparente estado de angustia general. Después de la primera obra, RM buscó una terapeuta para entregar la obra y entonces, frente a la reacción positiva de esta, intentó tocarle el brazo y la espalda. Después de establecer los límites en relación a cortar el contacto físico inicial, RM volvía a intentar lo mismo después de

terminar otras obras (ver imágenes). En este caso, la producción artística era una manera utilizada para intentar recibir afecto y contacto físico que RM buscaba desesperadamente, y que de cierta manera recibía cuando a la obra le entregaba atención absoluta, aunque fuera distante y de corta duración.



El tercer ejemplo es SM, una mujer de 51 años con diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica resistente. Si bien SM se daba al proceso creativo por lo menos desde la exploración de materiales (ver imágenes), al terminar la obra, SM trataba usarla en manipulación. Era común que SM llamara a las terapeutas, mostrando el trabajo terminado y tratando de negociar un privilegio especial argumentando que había cumplido con la tarea y que se había portado bien. Sus palabras eran del orden: “Señorita, ¿me puedo retirar?, ya terminé y usted me dijo que me quedó bien”. No sé, si se le hubiera dado la autorización de irse antes del término, si SM se hubiera realmente ido. Lo que buscaba ella era principalmente sentirse especial, que fuera validada dentro del grupo por un estatus diferente. En esto, SM tenía grandes dificultades en aceptar los límites sociales aunque el taller de arte terapia fuera un ambiente bastante libre. SM era también muy egocéntrica, llamando la atención hacia ella sin mantener interacciones con los compañeros o involucrándose con el grupo. Para SM, el círculo final era un suplicio: siempre quería hablar de su obra la primera y le era muy difícil escuchar a los otros. Después de 3 semanas en el hospital de día, SM decidió no seguir más.



Ejemplos de obras de SM:

- *Carpeta*: Lápices madera, Sesión 4
- *Formas abstractas*: Acuarela, Sesión 4
- *Torta de cumpleaños*: Plasticina y bandeja plumavit, Sesión 5
- *Paisaje*: Témpera, Sesión 6

Lo que tienen en común estos tres ejemplos es el uso del producto, la obra terminada, como solución fácil para lograr un fin o una necesidad inmediata de la persona, generalmente de orden afectivo.

La primera instancia de intervención individual de las terapeutas era ayudar al paciente en cambiar su enfoque del resultado hacia el proceso, desde el rol de paciente hacia un actor en sus eventos vitales. Esto no era necesario para todos los pacientes (algunos se conectaron inmediatamente con el proceso creativo), pero la mayoría necesitaron tiempo para adaptarse, y en algunos casos (como el de LT) era un trabajo constante recordar que el trabajo artístico no era tanto para obtener algo concreto sino un proceso para sí mismo. Así cuando un paciente presentaba su primer dibujo al terapeuta esperando felicitaciones por haber cumplido tan rápidamente con lo pedido, se encontraba con una serie de preguntas sobre sus sensaciones y pensamientos para llevarlo a la consciencia del proceso desarrollado para llegar al producto final. Concentrarse en el proceso también ayuda en estar en aquí y ahora. Cuando uno se enfoca en el resultado final, está mirando el futuro desde el deseo y no desde la realidad. Cuando el paciente está llevado por sus

procesos internos en vez de estar involucrado con el proceso creativo, tampoco está en el aquí y ahora sino en un estado apartado de la realidad y del presente.

4.3 El rol de terapeuta

La sección anterior apunta en la dificultad de algunos pacientes en entender el rol de las terapeutas. Era difícil para algunos integrantes del grupo, acostumbrados a ser pacientes pasivos, considerar que las terapeutas podían tener un rol distinto al de una autoridad quien exigía un resultado. Para algunos el papel de las terapeutas como mediadoras y acompañantes era extraño y necesitaban un tiempo para adaptarse a este nuevo tipo de interacción.

Es importante realzar que la adaptación a diferentes contextos e interacciones fue un reto para varios pacientes. Esto se vivió fuertemente a través de la experiencia de CM. Una de las dos terapeutas era asignada a pacientes individuales para intervenciones cortas (de cuatro sesiones renovables) de algunos usuarios del hospital de día que también participaban en el taller de arte terapia grupal. CM era uno de estos pacientes, que fue seleccionado porque había tenido avances importantes durante su estadía en el hospital de día pero existían algunos aspectos que se esperaba fortalecer antes de su alta. Sin embargo después de una sesión individual con CM, le fue muy difícil entender el cambio de relación con esta terapeuta dentro de la terapia grupal. Esto se manifestaba por una dependencia exagerada hacia la terapeuta, en la dificultad para embarcarse en el proceso creativo y en actitudes de rechazo hacia otros miembros del grupo menos a su terapeuta individual. Las dificultades fueron abordadas durante la terapia individual, y aunque el comportamiento de CM mejoró en las sesiones grupales, nunca entendió plenamente que el cambio de contexto influía la relación con la terapeuta. Se decidió por lo tanto no renovar la intervención individual.

De cierto modo, considerar el trabajo artístico con vista en el resultado final evitaba al paciente confrontarse con el mundo interno. El ejemplo de CG parece particularmente relevante respecto del terror que puede provocar esta conexión. El paciente era un hombre de 63 años, con depresión mayor, trastorno de personalidad e historia de abuso de alcohol. En general, CG resistía el trabajo con materiales y encontraba poco interés en el taller; pareciera que hasta era indiferente a la sensación táctil de los materiales. Mientras CG estaba con ánimo bajo (porque hubo una sesión que estuvo en un estado de manía) las únicas dos veces que se conectó realmente recreó la misma escena violenta de su infancia donde su padre le tiró un florero a la cara y en el que “[su] cara

quedó grabada en este florero” (ver imagen). El dibujo fue realizado en su primera sesión y la segunda representación de la escena fue dibujada en una placa de greda, pero CG la destruyó antes de poder sacar una foto. Frente al evento tan traumático en el que, simbólicamente, CG es el que se rompió y su cara fue incorporada al florero que quedó intacto, uno se puede imaginar la dificultad para algunos paciente de querer conectarse con el mundo interno a través de la creación.

En casos como el de CG, era tal vez más prudente quedarse en una relación más superficial con el proceso creativo ya que al parecer ni él ni el encuadre estaba preparado para enfrentar una imagen tan traumática. Cuando CG se conectaba con los procesos creativos, salía a la luz y de manera evidente su fuerte estado depresivo. En este sentido, existía una contradicción: CG asistía al hospital de día para superar su depresión pero el taller de arte terapia a menudo, en vez de ayudarlo en contener sus pensamientos negros, los potenciaba. Toda la literatura en esta materia, indica que los pacientes depresivos no son aptos para la terapia grupal y en este sentido, el rechazo de CG hacia el taller puede ser visto como un indicador en este sentido.



Esta representación del evento traumático de CG sirve también para ver a qué punto la imagen es capaz de expresar más que las palabras: es capaz de expresar el trauma vivido por una persona y de representar gráficamente el quiebre de CG, el momento simbólico donde su cara (la parte sensitiva de más contacto con el exterior) le fue extraído. Se puede ver claramente la pérdida de límite del Yo donde una parte integral del cuerpo es visto como parte de un objeto exterior.

En la mayoría de los casos, los pacientes lograban en el transcurso de las sesiones cambiar el enfoque de su obra hacia sus propios procesos internos, acto alimentado por el placer tangible y sensitivo de crear y la riqueza de poder compartir dentro del grupo. Las terapeutas trataban de llevar a los pacientes a hablar acerca de las sensaciones con los materiales; por ejemplo: “¿Como es

trabajar con pasteles grasos? ¿Por qué no te gustó la arcilla? ¿Qué te hacía reír cuando amasabas la plasticina? Te notabas tenso cuando dibujaba con carboncillo, ¿Qué sentías?, etc. Para los pacientes psicóticos, existe una alteración de la sensopercepción, y enfocar la atención hacia el proceso concreto y real del trabajo con materiales servía también de barrera contra los estímulos internos y posibilitaba el contacto con el aquí y el ahora. La capacidad de hablar sobre el efecto de los materiales sobre ellos era en sí un paso importante porque demostraba una toma de conciencia de una sensación interna clara por un elemento externo tangible, y así iban delimitando el mundo interior del mundo exterior, y por la misma razón, reforzando la existencia misma del mundo interior de la persona.

4.5 Relación con materiales: el estímulo, la catarsis y la herramienta

Tal vez el ejemplo de la influencia de los materiales y de la exploración creativa más fuerte es el caso de FG. FG, es un hombre de 32 años con trastorno esquizoafectivo y trastorno de personalidad cluster B. Tenía muy mala adhesión al tratamiento psicosocial y asistía al hospital de día de forma esporádica. En su casa, su vida era similar: aunque tenía las capacidades, no hacía absolutamente nada. Se veía que aunque FG, era inteligente y capaz de interactuar con sus pares, era un hombre desinvolucrado al punto de estar ausente. Cuando las terapeutas llegaban al taller, FG estaba casi siempre durmiendo en un banco. Su explicación era “son los medicamentos”. Durante los círculos de las sesiones, FG se dormía literalmente en su silla y una de las terapeutas se sentaba al lado para mantenerlo despierto. Sin embargo, cuando era tiempo de trabajar con



Algunas obras de FG:

- *Carpeta personal*: Témpera y lana, técnicas mixtas, Sesión 1
- *Espiral*: Témpera y carboncillo, técnica de goteo, Sesión 4
- *Átomo*: Témpera y carboncillo, técnicas mixtas, Sesión 5

materiales, FG era capaz de pintar una hora y cuarto sin parar y producir una multitud de imágenes que impresionaban por su creatividad, fluidez, fuerza y expresividad. Es a través de los materiales que FG dejaba de estar ausente de él mismo y del mundo que lo rodeaba.

Varios pacientes en sus primeras sesiones hablaban de dos extremos sensitivos: por un lado la ausencia de sensaciones, relacionada con iniciativas vitales desminuidas y un estado anímico depresivo (como fue mencionado en el caso de CG y de FG) y, al otro extremo, la invasión de sensaciones confusas e incontrolables. Como ejemplo del primero, las palabras de NN, una mujer de 46 años diagnosticada con esquizofrenia hebefrénica catatónica crónica y con retraso mental. A la pregunta: ¿Que material tienes ganas de probar ahora? responde: “Da lo mismo, tengo ganas de dormirme y no despertar más”. NN estaba en un estado tan bajo que hasta pareciera que no quisiera tener sensaciones tan básicas como las sentidas con los materiales. Al otro extremo, estaba JR, un paciente de 37 años con esquizofrenia paranoide refractaria a múltiples tratamientos (incluso clozapina) y trastorno esquizoafectivo. Al primer encuentro, JR era visiblemente verborreico y delirante con una aceleración marcada del pensamiento. Estos síntomas se veían en su forma de trabajar con los materiales: era capaz de producir una gran cantidad de obras en poco tiempo si la actividad plástica era suficientemente rápida para seguir el camino de sus ideas. Cuando no era el caso, JR se aburría o se frustraba con la actividad plástica y no quería permanecer más dentro de la sala de taller y se iba.



Obra catarsis: Acuarela sobre pliego grande, Sesión 10

Era muy difícil para JR lograr una convivencia armónica entre el mundo interno y el mundo externo. El desafío en el caso de JR consistía en reequilibrar el interior con el exterior, fomentando actividades plásticas que mantuvieran la atención de JR hacia la realidad externa. Con la experiencia, aprendimos que JR necesitaba primero botar su energía física y también su ideas e emociones, sin lo cual era incapaz de emprender una actividad más calculada. Así las terapeutas trataban de orientar JR en una actividad permitiéndole una catarsis desde el comienzo de la sesión. Lo que mejor funcionaba era el uso de témpera (fluido, rápido y expresivo) sobre un soporte grande instalado en el muro o en el piso para obtener mayor movimiento físico como el ejemplo de la imagen catarsis de la sesión 10.

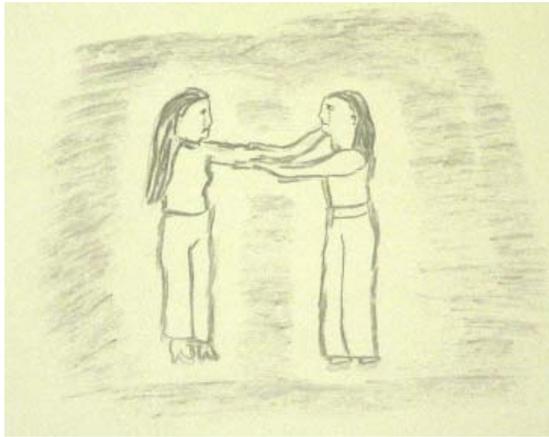
Con el transcurso de la intervención, JR logró trabajar de manera más concentrada, durante períodos más extensos y sin salir de la sala del taller. Pudo realizar obras de mayor complejidad y se observó una evolución desde obras usando una motricidad gruesa a obras requiriendo una motricidad fina. Tanto su mente como su cuerpo lograron en el final de la intervención concentrarse en la fabricación de obras pequeñas como en el ejemplo de la obra de choclo. La actividad plástica y el proceso creador regulaban los procesos de JR, disminuyendo la inquietud física, la velocidad de pensamiento y la verborrea, logrando un estado general más tranquilo.



*Choclos: Arcillas y témpera,
Sesión 12 y 13*

El trabajo con materiales era también una herramienta nueva de concentración en sí mismo y de introspección para los pacientes, habilitando una conexión con sí mismo que a su vez permitía una mejor interacción con su entorno. Es una meta demasiado exigente exigir a un paciente psiquiátrico aprender a socializar y mantener modales sociales adecuados sin entregarle instancias y métodos para primero conectarse consigo mismo, para poder así tener un diálogo entre el consciente y el inconsciente. El trabajo con materiales de arte puede ser más beneficioso para algunas personas y el desarrollo de AG en el taller de arte terapia ilustra este éxito.

La directora del hospital de día nos había mencionado que este caso era uno de los más complejos de los pacientes actuales. AG era una mujer de 36 años, con trastorno mixto ansioso depresivo crónico, trastorno de personalidad (cluster B), abuso extremo de alcohol y que vivía en



Algunas obras de AG:

- *Madre e hija*: Carboncillo y lápiz mina, Sesión 4
- *Capas*: Témpera sobre papel platificado, Sesión 8
- *Paisaje*: Lápices de cera, Sesión 9

un ambiente psicotizante. Tal vez lo más frustrante para el personal del hospital de día era que AG demostraba tener muchos recursos para salir de la dificultad en la cual se encontraba pero sin embargo era una usuaria recurrente del hospital de día, recayendo una y otra vez y necesitando ser internada. En el hospital de día, el personal tenía gran dificultad con su comportamiento en los talleres porque tenía tendencia en acaparar la atención del personal y monopolizar el escenario grupal con sus hábitos verbales manipuladores. Sin embargo, en arte terapia, AG era un miembro ejemplar del grupo y pudo trabajar plenamente y en profundidad temas personales y en ninguna ocasión se apoderó del escenario grupal (ver selección de imágenes).

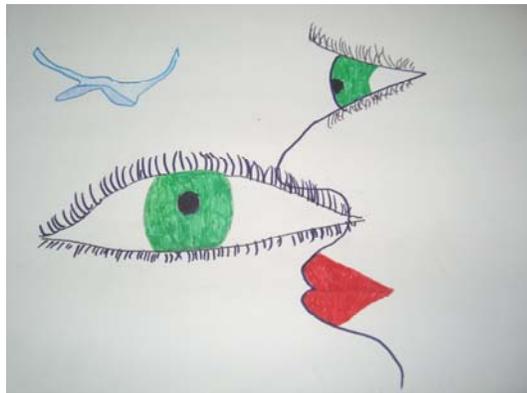
AG en vez de ser una carga como lo era en otros talleres del hospital de día, era un modelo para los otros pacientes por su valentía y autenticidad y un gran aporte al grupo. Se puede explicar esta diferencia de comportamiento por el hecho de que los otros talleres eran principalmente verbales y AG caía en patrones de comportamiento negativos de los cuales no lograba desprenderse a pesar de sus recursos personales. Nos podemos imaginar que AG trataba de procesar sus vivencias internas a cargo del grupo y probablemente sin mucho éxito real a largo plazo. A diferencia de lo anterior, el arte se presentaba como una herramienta nueva, virgen de hábitos vitales, que le permitía conectarse, resolver internamente y de manera autónoma sus temas para entonces ser capaz de sintetizarlos y presentarlos al grupo de manera sucinta, organizada y auto-contenida.

En la sesión 4, AG presentó un dibujo de ella y su hija, una imagen fuerte que resonó en varios pacientes quienes comentaban sobre la tristeza que captaban en la imagen. En el círculo, tanto las arte terapeutas como la directora (presente este día) temían que AG no se iba a poder contener al momento de hablar de su obra. Sin embargo, AG presentó su dibujo con toda honestidad, sin esconder su estado de ánimo ni su gran preocupación, pero de manera sintetizada y auto-contenida. La obra contuvo su ansiedad. Para la gran sorpresa del personal, a través de su producción artística, AG lograba abordar temas de importancia personal y compartirlos respetando los límites sociales y teniendo un comportamiento adaptado.

4.6 Fortalecimiento de límites y conciencia de la enfermedad

Una vez que el paciente haya tomado consciencia de sus sensaciones o pensamientos, que sea capaz de tener un poco más claridad dentro de la invasión o de saber enfocarse y apreciar una sensación o idea asociada al tocar el material, se puede comenzar a trabajar los límites internos y externos, el sentido de realidad, y por extensión, a tomar también consciencia de la propia enfermedad. El proceso artístico de AA explicita este proceso. AA, mujer de 26 años, estaba diagnosticada con esquizofrenia paranoide y en proceso de cambio de medicamento (cambio a clozapina) y por ende sus estados eran cambiantes y se encontraba a menudo descompensada durante las sesiones. Desde su primera sesión, empezó conscientemente en crear escenas bizarras a partir de imágenes de revistas que reproducía y modificaba para crear una nueva realidad (ver selección de imágenes). AA mantuvo esta temática hasta el final de la intervención, siempre usando materiales de alto control (ver imágenes). En una sesión más avanzada AA explicó que dibujaba escenas bizarras porque es lo que le gustaba hacer en su cabeza; que en el papel podía ver como se construía la nueva realidad pero que en su cabeza, le costaba entender cual era cual. A través del dibujo, AA lograba diferenciar la realidad interna de la externa, entender el proceso de como ella construía estas escena bizarras o irreales y también tomó consciencia del placer de le daba dedicarse a estas creaciones absurdas (tanto las de papel como las mentales).

AA era una paciente con grandes capacidades intelectuales y quien entendía como la afectaba su enfermedad. En un evento de la sesión 12, AA se encontró confrontada a su enfermedad: en pleno proceso de un dibujo, se dio cuenta que una parte no correspondía a lo que ella quería sino que “lo había hecho su enfermedad”. En la imagen, la creación de la enfermedad corresponde a las formas celestes. Cuando miraba el dibujo, vio la diferencia que hay entre su producción artística



Algunas escenas bizarras de AA:

- Formas y escalera: Scriptos y lápices madera, Sesión 5
- Maquillaje: Scriptos y lápices madera, Sesión 9
- Polera y ojos: Scriptos y lápices madera, Sesión 11
- Lentes, puro y enfermedad: Scriptos y lápices madera, Sesión 12

dirigida por la intención y la llevada por sus ideas delirantes: AA supo ver la diferencia entre la imagen sana y la imagen enferma. Esto corresponde a una toma de consciencia importante (aunque dolorosa) hacia su enfermedad: saber reconocer y diferenciar las ideas delirantes de las reales; y poder verla en un papel era también verlas en ella misma. AA quiso destruir la imagen y estaba bastante afectada por el evento. Su rechazo hacia la parte enferma de su dibujo y de su persona demuestra dificultad en aceptar su enfermedad pero al mismo tiempo demuestra el deseo y empeño en controlar los síntomas de la enfermedad.

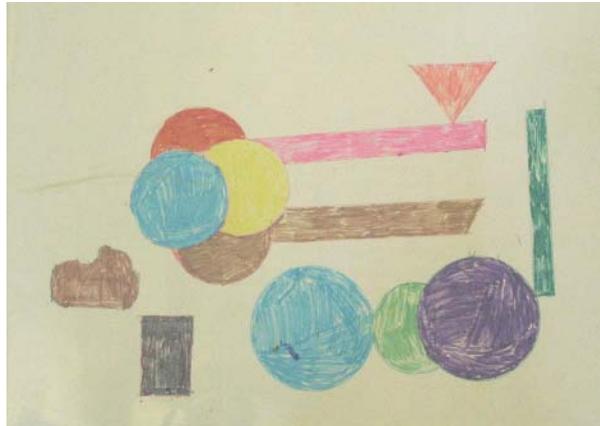
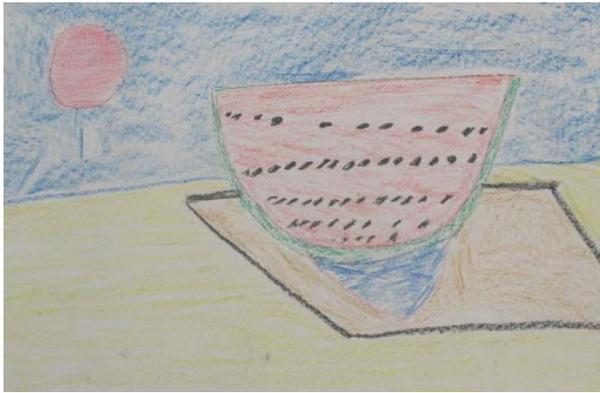
La decisión final de AA en arreglar su dibujo, de cambiar la parte enferma para que haga parte de la imagen, es significativa: AA decide modificar el ideal inicial de su dibujo para que pueda incorporar lo celeste, aunque sólo repasó los bordes de las formas (o desde otra perspectiva los límites simbólicos entre sano y enfermo). Este dibujo simbolizaba la incorporación de su enfermedad como parte de su persona y la aceptación que, para esto, AA tenía que adaptar la

imagen de quien quería o podía ser. Este proceso vino acompañado de un duelo enorme; le resultó muy doloroso mirar el dibujo de ese día, nunca lo mostró al grupo y quiso destruirlo. Habría que preguntarse si AA pudo incorporar el *insight* de esta sesión o si el dibujo sirvió solamente para proyectar su enfermedad fuera de ella, como un chivo expiatorio.

4.7 El duelo y el simbolismo

Hemos visto en el caso de AA que la confrontación con la enfermedad y la definición de los límites interior-exterior llevó a vivir un duelo que representaba su manera de percibirse a sí misma. Otro paciente quien se enfrentó a un duelo de identidad en el taller de arte terapia fue LQ. LQ era un hombre mayor con alteraciones neuro-cognitivas pero que antes de la declaración de su enfermedad, había estudiado diseño y seguía siendo un aficionado de las artes. Para LQ, el taller de arte terapia era entonces parte de su pasión, lo que se demostró en su preparación para la mayoría de las sesiones. LQ llegaba con una referencia visual para cada sesión y con una idea clara de cómo quería reproducir su obra. Resultaba que las capacidades de LQ no estaban a la altura de sus expectativas: no tenía buena motricidad fina y demostraba dificultades de orden visual-espacial. Nos podemos imaginar que por su profesión habrá sido un buen dibujante pero ahora tenía dificultades en representar una perspectiva o realizar un degradé.

Frente a sus dificultades técnicas, LQ estuvo desamparado en un comienzo. Estuvo muy ansioso: no se quedó dentro de la sala en la primera sesión y en la segunda lloró porque no lograba hacer un degradé. LQ tenía muy poca tolerancia a la frustración. A partir de la cuarta sesión LQ empezó en ajustar su auto exigencia de acuerdo a sus capacidades y obtuvo resultados de los cuales estaba satisfecho: decidió hacer una pintura al estilo de Picasso, lo que le daba suficiente flexibilidad para poder adaptar a sus capacidades reales (ver imagen). En esta misma sesión decidió no probar la tela que había pedido a una terapeuta y se quedó usando un material conocido y más seguro. En la sesión 6, LQ prueba un material nuevo y aunque se frustra con el resultado, contiene su angustia y acepta su trabajo como válido desde el punto de vista de la exploración. La sesión 7 fue crucial: aunque tuvo un momento de tristeza por sus habilidades perdidas, LQ se enfocó en el simbolismo de la obra y dijo: “en esta obra lo que importa es lo que se quiere decir, no el resultado” y explica el significado de cada elemento de su obra.



Algunas obras de LQ:

- *Sandía de la tapa de cuaderno*: Lápices cera, Sesión 2
- *Inspiración de Picasso*: Témpera, Sesión 4
- *Exploración de formas*: Scriptos, Sesión 6
- *Formas simbólicas*: Témpera, Sesión 7
- *Sol, mar y cielo*: Témpera sobre tela, Sesión 10 (su última sesión)

LQ empezó el taller de arte terapia con un duelo específicamente ligado a la actividad plástica, y desde este contexto, LQ se enfrentaba a un desafío adicional. Sin embargo, cuando LQ empezó a elegir referencias visuales y materiales más ajustados a sus capacidades reales, trabajaba el juicio de realidad y actuaba de forma en prevenir la frustración. El paso mayor en mi opinión fue con respecto al uso del símbolo. En su producción artística, LQ pasó de un objetivo concreto (la de la técnica) a una creación simbólica, enfocado en lo que él quería expresar con la obra. Una vez que trabajó en el significado, sus obras se simplificaron técnicamente y visualmente y por lo mismo, obtenía un mejor resultado final. La última obra de LQ ilustra su evolución: usa la tela que había pedido en la primera sesión y realiza una pintura muy simple y que expresa en sí mismo lo que quiso representar (ver imágenes).

Después de vivir el duelo de sus habilidades pasadas y de encontrar soluciones para lograr una nueva imagen personal más acorde con la realidad, LQ logró construirse una nueva identidad actualizada y enfocada en resaltar sus capacidades y no sus deficiencias. LQ enfrentó un tema personal, y con la ayuda del espacio terapéutico, mejoró su autoestima y finalmente logró expresarse a través de la imagen.

4.8 Temas y desafíos personales

Todos los integrantes del grupo tuvieron temas y dificultades personales. Algunas de estas dificultades fueron comunes en más de un paciente. El caso siguiente es de un hombre quien enfocó toda su creación artística sobre un tema delicado, el de la adicción.

MB era un paciente esquizofrénico de 48 años (posiblemente por causas orgánica) y quien ha tenido graves problemas de poli consumo. MB produjo solamente tres obras en sus 10 sesiones de arte terapia, dos de las cuales trabajaba en paralelo y cada vez agregando más detalles personales a sus carteles (ver imágenes). En la penúltima sesión, cuando todos los pacientes presentaron sus obras, se le preguntó en que sus carteles le habían ayudado, a lo cual MB contestó: “a portarme bien”.

Los dos carteles eran significativos para MB porque enfrentaban su dificultad relacionada con el consumo y el respeto de las normas. En una sesión, a través de su obra MB explicó al grupo hasta que punto le era difícil no fumar, que a veces se bajaba de la micro varias paradas antes, sólo para fumar aunque esto significara que tuviera que caminar media hora para llegar a su destino. El significado de este cartel se modificó a medida que MB lo fue trabajando y personalizándolo. Si en un comienzo, explicó que el cartel le recordaba que no debe fumar dentro del hospital de día, cuando lo terminó, el cartel ahora decorado por elementos vitales de su relación con el cigarrillo (como lo que le llamó la atención para querer probar) simbolizaba su deseo de dejar de fumar. De la misma forma que el cartel partió como una copia de un cartel estandarizado y común, una regla impuesta a todos, terminó siendo un relato de su historial de consumo de tabaco y de un deseo muy personal y alentador enfocado hacia tomar responsabilidad de su bienestar más allá del momento inmediato. En este caso, el consumo de tabaco se puede extender al concepto de adicciones generales, un elemento tan central en la enfermedad de MB.



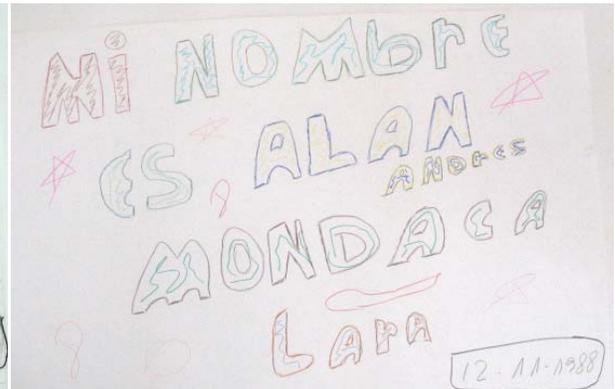
El segundo cartel, “Vía de escape”, siguió un proceso parecido. Al principio MB dibujo el cartel porque según él, a la sala de taller del hospital de día le faltaba uno, y debiera tener un cartel así en caso de emergencia. Pero al terminar el dibujo, habiendo agregado una multitud de direcciones posibles distintas (representadas por los puntos y líneas en lápiz mina), el cartel simbolizaba la dirección que él tenía que tomar aunque existían otras más fáciles. MB partió la obra criticando la ausencia de un indicador claro y preciso que él necesitaba y terminó creando su propio mapa con la dirección que desea tomar, lo que incluyó tomar conciencia de los obstáculos en su camino.

Lo que tal vez es más importante en el caso de MB es que haya logrado expresar e interiorizar ideas tan complejas cuando tenía dificultad en entender de qué se trata su enfermedad y demostraba laxitud en el discurso. En el círculo final, MB se enredaba en su explicación verbal y tomando conciencia de esto, sentía vergüenza. Sin embargo, con pocas palabras, MB lograba orientar al grupo en entender el concepto de los carteles (lo cual iba poniéndose más complejo de sesión en sesión) gracias a las mismas imágenes. Esto le daba satisfacción frente al fracaso de su expresión verbal. Su honestidad frente al tema de adicciones ayudó a otros miembros del grupo a verbalizar o representar visualmente sus propios desafíos con una variedad de consumos abusivos (se estima que la mitad de los integrantes tenían o habían presentado algún comportamiento abusivo de

sustancias). Se puede pensar que operó el proceso de universalización: el trabajo de MB resonaba en otros miembros del grupo quienes pudieron, gracias a la declaración del compañero, embarcarse en su auto-evaluación respecto al tema de adicciones.

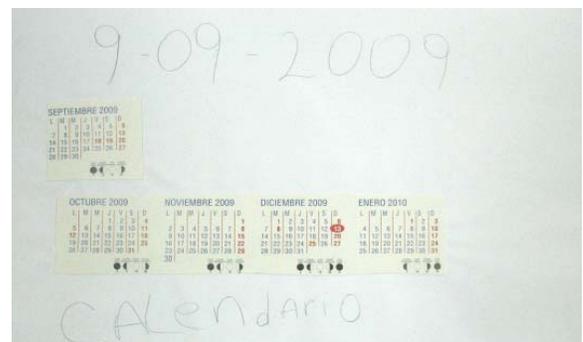
4.9 Fortalecer la identidad

Como meta importante del hospital de día, la preparación al alta -día en el cual el paciente iniciaba su reinserción en la sociedad- era muy importante. AM era un joven quien asistió a dos sesiones del taller una vez que estuvo de alta. Durante estas dos sesiones, él trabajó de manera reflexiva con algunos elementos claves relativos a esta reinserción social (ver imágenes). En su primer trabajo se representó con su enfermedad “las dificultades en la cabeza” (representadas por las espirales). En la segunda sesión, hizo primero un cartel presentándose, con su nombre completo y su fecha de nacimiento, después un collage con un calendario “de los meses que vienen y las cosas que le cuestan”, y finalmente un tercer dibujo que era una tentativa de dibujar el hospital de día pero que fue destruida. El simple hecho que AM decidiese asistir al taller demostraba una cierta inseguridad en volver al mundo real y cortar con el hospital de día. Pero dado este estado, AM ocupó el espacio de arte terapia para ensayar su reinserción social dentro de un espacio



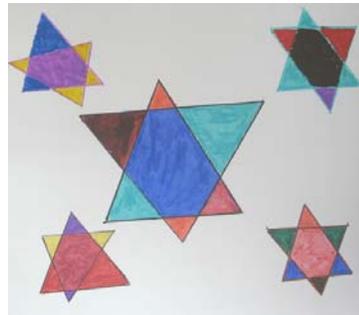
Obras de AM:

- *Carpeta*: Lápices mina y madera y lana, Sesión 1
- *Mi nombre es...*: Lápices madera y lana, Sesión 2
- *Calendario*: Lápiz mina y madera y collage, Sesión 2



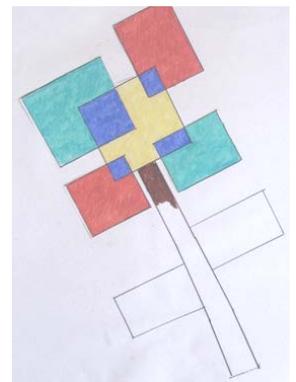
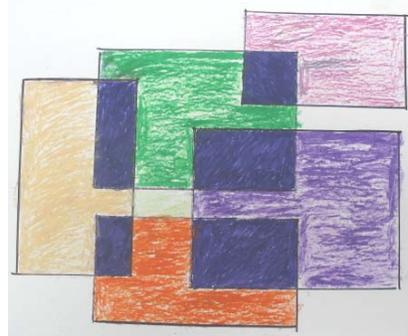
parcialmente conocido: “Mi nombre es AM, tengo tal enfermedad, en los meses que vienen tengo grandes desafíos personales, y vengo saliendo del hospital de día (que coincidentemente ya no figura)”. El taller de arte terapia era el lugar intermediario ideal para ensayar su nueva identidad: AM conocía el hospital de día y la mayoría de los otros pacientes pero el taller de arte terapia, las terapeutas y algunos materiales de arte eran nuevos para él.

Otra paciente quien trabajo su identidad fue JC. En su primera sesión, la mujer de 38 años con esquizofrenia paranoide, demostró tener habilidades artísticas. Sin embargo, JC repetía en el círculo final de cada sesión que no era buena para las manualidades y que por esta razón elegía hacer las formas que hacía. Para las terapeutas era evidente que JC disfrutaba realizar formas geométricas y que estaba en proceso de encontrar un estilo propio y que decir que no era buena para el dibujo (dicho que se contradice cuando uno mira su primera obra) era para explicar que se dedicara a construcciones menos tradicionales. El trabajo terapéutico con JC se centraba en validar el camino visual que ella había consciente o inconscientemente elegido. Le costó no excusarse frente al grupo por las obras constructivistas aunque era evidente que estaba animada en hacer estas formas y que lo disfrutaba. Las terapeutas le repetían que en arte terapia no había un modelo de arte mejor que otro pero JC no interiorizaba esta noción hasta que las terapeutas mostrarán entusiasmo y le hablan de una idea de cómo seguir creciendo con las formas. Si en un comienzo



Obras de JC:

- Iglesia: Plumón y lápices cera, Sesión 9
- Estrellas: Plumones y scriptos, Sesión 10
- Forma: Lápiz mina y pasteles grasos, Sesión 11
- Construcción: Plumones y lápices cera, Sesión 12
- Flor: Plumones y scriptos, Sesión 14



JC presentó su construcción como idea de la terapeuta (ver obra de la sesión 12), en la presentación final de sus obras presento sus trabajos como la construcción de su estilo propio y dijo que quería seguir agregando más formas para construir algo más grande. JC necesitaba la validación exterior para aceptar un estilo que ya era parte de su identidad.

4.10 Participación, empoderamiento y autoestima

Para varios pacientes como AG, el *setting* de arte terapia le permitió participar en un grupo de una forma nueva, de darse cuenta de sus capacidades personales y de mejorar su auto imagen. Un caso de empoderamiento que fue notorio fue el de AJ, un paciente de 30 años con retraso mental moderado y esquizofrenia paranoide de origen orgánica. En su primera sesión AJ demostró una capacidad exploratoria similar a un niño preescolar: se desenvolvía libremente, produciendo una cantidad impresionante de obras y disfrutando cada experiencia sensorial que tenía con los materiales (ver imagenes). AJ era analfabeto, tenía dificultades de modulación verbal y era probablemente el paciente más visiblemente discapacitado del hospital de día. Sin embargo, en el taller de arte terapia, AJ no tenía discapacidad sino al contrario, era talentoso y creativo. Uno se puede imaginar que en la vida de AJ habían pocos momentos donde se destacara de tal manera.

A pesar de su talento en arte, a veces AJ era muy dependiente de la ayuda del personal o de las terapeutas de arte terapia. Estos cambios se explicaban por necesidades afectivas que se tratarán más adelante. Sin embargo, cuando AJ era más dependiente y requería la asistencia de una terapeuta, él insistía en demarcar su control sobre el objeto creado, o dicho de otra forma, de reguardar su talento propio en la creación. En la sesión 6, por ejemplo AJ no trabajó de manera independiente pero con la ayuda de una terapeuta realizó una marioneta (ver imagen). Aunque AJ se refirió durante toda la sesión a su creación como una piraña, en el círculo final corrigió a la terapeuta quien la ayudó diciendo: “No, ¡es una almeja!”. En la sesión siguiente se produce exactamente lo mismo con un dibujo de Oso-gato (ver imagen). Se interpreta estas actuaciones como una defensa de territorio: aunque AJ deseaba ayuda de las terapeutas desde el afecto y para lograr realizar lo que tenía en mente, quería remarcar que las obras eran suyas y que él ejercía un poder omnipotente sobre ellas. Para AJ, sus obras eran muy importantes en parte por el empoderamiento que le daban como logros personales y como hito frente al grupo.



Obras de AJ:

- *Carpeta árbol*: Carboncillo, témpera, tinta china, pásteles grasos, lápiz mina y lana, Sesión 1
- *Marioneta Piraña-Almeja* de AJ: Papel y tela, Sesión 6
- *Oso-gato* de AJ: Plumón y pasteles grasos, Sesión 7

Otro caso en el cual el trabajo con materiales resultó efectivo en fortalecer la autoestima fue el de GQ, una mujer de 39 años con trastorno afectivo bipolar mixto. GQ tenía habilidades manuales y entusiasmo en realizar actividades plásticas, demostrando desde su primera sesión dedicación al grupo de arte terapia. El plano de dificultad de GQ (por lo menos en el contexto de intervención) era la autodisciplina. GQ decía de ella misma que no tenía paciencia y que si no le salía fácil, no valía la pena el seguir tratando. Esto se pudo observar por primera vez cuando en su segunda sesión, GQ quiso hacer una cuncuna de plasticina y no le resultó al primer intento. Había destruido la primera cuncuna pero quedando con el deseo no cumplido. Con las instrucciones de una



Cuncuna de GQ: Plasticina y palito, Sesión 13

terapeuta, GQ logró finalmente hacer una cuncuna que la satisficiera (ver imagen). Al quedarse con un fracaso, GQ se quedaba también con una auto-imagen negativa, de que no era capaz.

En el caso de GQ (a diferencia de LQ por ejemplo) no era su exigencia personal, sus capacidades cognitivas o motrices las que le dificultaban alcanzar su meta, sino que le faltaba perseverancia: no se exigía seguir tratando cuando el primer intento fracasaba. En las 3 sesiones que tuvo GQ antes de las actividades de cierre, se dedicó en trabajar conscientemente la paciencia a través de los materiales artísticos; en la sesión 15 (primera sesión de cierre) al momento de presentar el conjunto de sus obras dice: “además de aprender la paciencia, he aprendido a valorarme a mí misma, porque al ver que uno es capaz de hacer algo bueno se valoriza como persona”.

El tercer ejemplo era HM, un participante silencioso. Yalom y Vinograd mencionaron que el miembro silencioso puede perturbar al desarrollo del grupo terapéutico. Sin embargo, no es el caso del arte terapia porque, como hemos visto en la teoría anterior, el realizar una obra es una forma de participar y de comunicar dentro del grupo. Aunque hubo varios pacientes que hablaron muy poco, ninguno era tan mudo como HM cuando llegó al hospital de día. HM, un joven de 18 años se encontraba en el hospital de día por una sospecha de primer brote esquizofrénico y por su fobia social. Era evidente que HM tenía también algún trastorno del desarrollo el cual tampoco había sido definido.

En un comienzo, HM demostraba una inseguridad extrema y hacer arte en el contexto grupal era algo amenazante para él. Para su carpeta, HM no usó una idea propia sino que copió la de PS (ver imagen). Cuando terminó, HM empezó un paisaje típico de cordillera. HM evitaba entrar en contacto con otros compañeros: no hablaba y no iba a recuperar el contenedor de lápices de madera que necesitaba para terminar su dibujo cuando otro compañero se lo llevó a otra mesa. En el círculo final, HM no presentó en un comienzo hasta que realizó un dibujo espontáneo con una de las terapeutas: se sintió suficientemente apoyado para presentar la obra al grupo. Aunque HM no se atrevía en interactuar activamente en el grupo, estaba participando por el simple hecho de darse a la actividad plástica y comunicarse con otros a través de su dibujo. En el caso de HM; la comunicación inter-pictórica fue un acercamiento para atreverse en una comunicación interpersonal más directa, ayudando a HM en mejorar su autoestima por que podía ser visto y considerado sin la presión de la verbalización o de una acción física.



Algunas obras de HM:

- *Carpeta bandera*: Témpera, Sesión 6
- *Dibujo libre con terapeuta*: Pasteles grasos, Sesión 7 (primera obra presentada)
- *Colo colo*: Lápices madera, Sesión 8
- *Playa y mar*: Collage, Sesión 10
- *Monalisa*: Collage y dibujo plasticina, Sesión 12

Los bloqueos de HM se fueron disolviendo progresivamente pero más rápidamente en el taller de arte terapia que en los otros taller del hospital de día. El psicólogo tratante de HM se sorprendió al saber que HM no presentaba expresión física de su ansiedad (tiritando o tics) como era el caso cuando le tocaba hablar frente al grupo en otros talleres. Si el trabajo artístico facilitó el proceso de HM, también se puede pensar que la cohesión del grupo que ya había tenido seis sesiones al momento de su ingreso le proporcionó un contexto más seguro para su integración.

4.11 El grupo terapéutico

A medida que las sesiones avanzaban, los pacientes nuevos se integraban más fácilmente al grupo y a la actividad terapéutica. Esto se explica probablemente porque el grupo ya tenía cierto

impulso que ayudaba a los nuevos a partir. Un hecho interesante que podría ser producto de los mismos pacientes fue que en un inicio se sintieron bastantes rivalidades pero esto fue disminuyendo a medida que avanzaba el taller hasta llegar a ser un grupo unido, acogedor y cuidadoso los unos de los otros. Siempre existió bastante cooperación entre miembros del grupo durante toda la duración de la intervención; lo que sí cambió fue el sentimiento de grupo como una entidad propia, elemento que no creo que fuese igual a otros talleres del hospital de día.

Otro indicio de que se había logrado un grupo terapéutico fue el aumento de la capacidad del grupo para permanecer en la sala. En el comienzo de la intervención, las salidas eran numerosas y un fenómeno fundamentalmente grupal: si una persona salía de la sala, otros también quería salir. Hacia el final de la intervención, los pacientes lograron permanecer más tiempo en la sala y cuando pedían salir era motivado por necesidad propia y no por seguimiento grupal. De cierta forma, en un comienzo el espacio grupal se dispersaba fuera de la sala de taller y ya al final este espacio era fijo y firme.

Hacia el final de la intervención, hubo varias expresiones de cariño hacia el grupo y hacia el taller de arte terapia. En la sesión quince (la penúltima sesión de arte terapia), el grupo se quedó más tiempo de la normal en el círculo inicial y varios expresaron su tristeza por el término del taller. Este día, se extendió el tiempo del círculo inicial y se empezó lentamente la actividades, como tratando de hacer durar más la sesión. Se puede concluir que existía un real apego a la instancia de arte terapia grupal. En esta sesión, cada participante se dedicó en revisar todas sus obras realizadas, trabajarlas si lo encontraba necesario, ordenarlas en un espacio de la sala para después presentarlas al grupo. Se esperaba que cada participante pudiera ver su evolución a través de las obras y pudiera ser capaz de presentar una síntesis de su aprendizaje y viaje personal a los compañeros y terapeutas.

El cierre formal de la intervención (la sesión 16) se realizó un mural grupal (ver imagen). El cierre grupal de arte terapia no era el cierre de la suma de los individuos ya que la gran mayoría de los integrantes seguían juntos en todas las otras actividades del hospital de día. Sin embargo, en la obra creada, se puede observar que se creó una obra grupal que iba más allá de las marcas de cada integrante en el papel. De hecho, la primera parte del trabajo del mural (hacer una marca individual en el papel como símbolo del autor) resultó más difícil para el grupo que la segunda parte que consistía en hacer el mural propiamente tal. Se puede decir que el grupo logró crear una obra unida que integraba todos los individuos. Si hubiera seguido la intervención, hubiera sido interesante



Mural grupal realizado por paciente presentes: 5,50m x 1,55m, Sesión 16

trabajar desde la creación grupal y de incorporar más los temas e interacciones grupales de manera más explícita.

4.12 Desafíos al grupo terapéutico

Se logró formar un *setting* terapéutico contenedor y enfocado en el aquí y ahora pero no fue sin dificultades. Más allá de las limitaciones individuales de cada miembro del grupo, algunos miembros ponían en riesgo el ambiente terapéutico para el grupo entero. Dos pacientes actuaron de manera particularmente amenazante para el grupo. Para dar contexto a estos dos casos específicos, se referirá a la teoría desarrollada por Yalom y Vinograd.

Dentro del contexto de terapia grupal, los autores definen un monopolizador como:

una persona que se siente obligada a hablar incesantemente sobre todas y cada una de las cosas, acaparando todo el tiempo y la atención del grupo. El monopolizador persiste en describir (con detalles obsesivos) las conversaciones mantenidas con otras personas o incidentes complicados del exterior o del pasado, temas que tienen escasa relevancia para la tarea grupal... siempre parecen exigir la atención inmediata, urgente y prolongada del grupo”⁸⁷. Lo que hace el manipulador es evitar o rechazar el aquí y ahora del grupo y llevar a otros a seguirlo de forma indirecta.

La llegada de JR (del cual se ha hablado previamente) al grupo en la quinta sesión cambió notoriamente las interacciones y demandó bastante atención y energía de las terapeutas y compañeros. Al comienzo, sus palabras y modo de expresión era una distracción y fue tomada por la mayoría de los pacientes (y también por las terapeutas) como un aliento fresco. Las palabras espontáneas de JR hacían reír, dentro de un contexto de ánimo bajo, seriedad y falta de espontaneidad. Si en un comienzo, los comentarios de JR divertían, con el tiempo las rizas se orientaron hacia él, en parte por la expresión de su *locura* que expresaba tan abiertamente. Sus delirios eran efectivamente chocantes: JR se creía alternativamente Juan Bautista o Jesús y, a diferencia de los otros pacientes, no escondía sus pensamientos sino los afirmaba grandiosamente.

⁸⁷ Yalom y Vinogradov, 1996, p.83

De cierto modo, JR expresaba libremente una parte de la enfermedad que cada uno de los pacientes se empeñaban en esconder o controlar.

Al comienzo, las terapeutas tomaron en rol de silenciar a JR sólo cuando sus comentarios impedían la expresión de los otros pero invitándolo a dar sus impresiones sobre las obras una vez que el autor hubiese terminado de hablar y habiendo escuchado sus palabras. El círculo final era un desafío muy grande para JR. El respeto de la obra y de su autor era de primera importancia como norma del grupo, regla que JR atacaba repetidamente hablando en un momento inapropiado o expresando su interpretación personal sin respetar la intención del autor. Más de una vez un miembro del grupo expresó irritación frente al comportamiento de JR y en las palabras de Yalom y Vinograd, “por medio del habla compulsiva, mantienen al grupo a distancia e impiden que los demás se relacionen significativamente con ellos: ocultan su verdadero yo tras un aluvión de palabras”⁸⁸. JR se embarcaba en un tipo de suicidio social y amenazaba al grupo como entidad.

Aunque las terapeutas controlaban las intervenciones de JR cuando este no respetaba las normas fundamentales de procedimiento del grupo, fue una paciente del grupo quién puso fin al comportamiento de JR. En su última sesión antes del alta, AG (ella misma monopolizadora en otros contextos) se hizo vocera del grupo y declaró frente a todos: “JR, para de hablar, me molestas y no me dejas concentrarme en mi trabajo”. AG expresó su deseo de involucrarse en el proceso creativo pero el actuar de JR se lo impedía. AG (y de cierta forma el grupo entero) tomó un rol activo, asumiendo parte de la responsabilidad del bien estar grupal. El resto de la sesión JR tuvo un comportamiento notoriamente más adecuado y fue a partir de este momento que JR logró enfocarse en su proceso artístico sin impedir tanto en los procesos de sus compañeros y progresivamente tener un rol más positivo dentro del grupo.

El segundo personaje, PS, no afectó el grupo de manera tan explícita como JR, pero afectaba el ambiente general de las sesiones. PS era un hombre de 42 años, con una psicosis orgánica y trastorno de personalidad quien vivía en un ambiente de violencia intra-familiar y de abuso de sustancias. PS tenía mala adherencia al tratamiento fármaco y psico-social. En el grupo de Arte terapia, PS fue un ejemplo perfecto de rol del quejumbroso o del “sí... pero”⁸⁹ según la descripción de Yalom y Vinograd. PS “solicita[ba] implícitamente o explícitamente ayuda del grupo,

⁸⁸ Yalom y Vinogradov, 1996, p.84

⁸⁹ Yalom y Vinogradov, 1996, p.88

presentando problemas o quejas, para luego rechazar o sabotear cualquier ayuda que se le ofre[cía]”⁹⁰.

Desde la primera sesión, PS se mostró descontento con los materiales disponibles, explicando que como él era joyero de profesión, estos materiales no estaban a su altura. Las terapeutas agregaron alambre, agujas, hilo y arcilla adecuada para fabricar perlas a los materiales. En la sesión que siguió, PS estaba de nuevo disconforme porque faltaban mostacillas. Esta vez las terapeutas le ofrecieron explorar varias formas de fabricar perlas a partir de arcilla o de papel, materiales que sí estaban disponibles. Pero a PS no le satisfizo y habló de manera extendida sobre la vida difícil de la profesión de joyero y la poca remuneración económica. Ninguna de las soluciones propuestas por las terapeutas eran suficientes para PS. En las palabras de los autores, PS “describ[ía] (sus) problemas de un modo que le hace parecer insalvable. De hecho, lo insalvable de sus problemas enorgullec[ía] al paciente quejumbroso que rechaza toda ayuda y produce cierta satisfacción”⁹¹. PS siempre se quedaba realizando obras que él mismo calificaba de mal hechas porque “faltaban los materiales que él necesitaba”. La directora explicó que PS no iba a hacer obras complicadas o bien hechas por miedo al fracaso y que en general adopta una postura más fácil.

Después de la sesión 5, ambas terapeutas sintieron que le habían fallado a PS y que no habían sabido responder a su pedido de ayuda. Conversaron y convinieron en poner más empeño en ayudarlo en las próximas sesiones. Aquí, se transfirió el sentimiento de incapacidad de PS a las terapeutas quienes, para vencer dicho sentimiento quisieron ayudarlo a toda costa, aunque significara modificar los límites del encuadre. En este caso, intervino la supervisora y le hicieron ver que las terapeutas se dejaron manipular por PS. Es posible que esto ocurriera porque las quejas de PS tuvieron eco en las inseguridades de las terapeutas dado que era su primera intervención de arte terapia; PS les hacía sentir que no eran suficientemente buenas para ayudarlo. Las terapeutas tuvieron que aceptar el descontento de PS y que posiblemente el taller no le iba a aportar un mejoramiento.

Al final, PS fue dado de alta de manera anticipada porque no respetaba las normas del hospital de día y no demostraba la motivación necesaria para que su participación en las actividades le aportaran. Sólo nos podemos imaginar que tenían dificultades con él en otros talleres. No se puede saber si hubiera evolucionado con el transcurso de las sesiones pero cuando salió, el grupo se volvió

⁹⁰ Yalom y Vinogradov, 1996, p.88

⁹¹ Yalom y Vinogradov, 1996, p.88

más armónico y más fácil de manejar. De cierta manera, es posible que PS dificultara la obtención de un ambiente grupal positivo porque él afectaba el proceso grupal clave que es la esperanza. PS hacía énfasis continuo en un contexto que le impedía salir adelante, sentimiento que probablemente resonaba en muchos de los miembros del grupo. Lo que era más grave es que PS ponía en duda la posibilidad de beneficiarse de la intervención de arte terapia porque era imposible obtener las condiciones necesarias para su salvación.

4.13 Relación terapéutica, apego y ambivalencia

Se notó una relación de apego de algunos pacientes con las terapeutas (algunos de los cuales ya se han presentado) especialmente hacia el final de la intervención pero no exclusivamente los que tuvieron más antigüedad. Algunos empezaron en demostrar cariño e interesarse en la vida de las terapeutas.

El caso de AJ (del cual se ha hablado anteriormente) ilustra particularmente bien el apego. Lo que más resaltaba de la situación vital de AJ era el extenso abandono familiar y social en que vivía. AJ era huérfano y no tenía contacto regular con familiares; vivía en un hogar inadecuado para sus necesidades en el cual se descompensaba dentro de los meses sin contacto regular con el mundo exterior (corta estadía y hospital de día). La situación de negligencia no era nueva para AJ ya que nunca tuvo acceso a elementos sociales que podrían haber compensado por las carencias familiares: nunca recibió una educación (era analfabeto aunque tenía capacidad y ganas de aprender) y no recibía el apoyo emocional necesario a su bienestar fuera de sus estadías repetitivas en los centros de salud. Para AJ, el hospital de día cumplía el rol de familia. La directora nos había mencionado que el espacio de arte terapia le era terapéutico en sí, por el hecho de estar apoyado y de recibir atención



Tarjetas de AJ: Lápices scriptos, Sesión 14

personalizada. La intervención de Arte terapia era una instancia de vivencia de grupo familiar temprano.

En la última sesión de trabajo como tal antes de las actividades específicas del cierre, AJ preparó dos tarjetas que mostró a las terapeutas (ver fotos). Aunque no fue explícito que la hizo para ellas, fue resentido como un reconocimiento y un agradecimiento del lazo afectivo.

Hemos visto en el marco teórico que la relación terapéutica con el paciente psicótico es complicada. Si bien la relación terapéutica no fue el foco de la intervención por el contexto grupal, la naturaleza de los integrantes y por el *setting* general, igual la relación de cada paciente con las terapeutas fue importante y en algunos casos se pudieron observar ejemplos concretos de la ambivalencia de la relación terapéutica. Se ha descrito antes el caso de AA, mujer quien creaba escenas bizarras y quien confrontó su enfermedad a través del dibujo. Varias de sus creaciones, AA las quiso destruir pero en vez de hacerlo, en algunas oportunidades encargaba las imágenes rechazadas a una terapeuta quien las guardaba en su carpeta personal. La terapeuta y la carpeta representaban un lugar seguro donde se contenían los elementos que ella rechazaba y quisiera sentir como exterior.

La capacidad de encargar la expresión pictórica de su sombra es un indicador que se estaba creando una relación contenedora con la terapeuta. Por otro lado, esta misma confianza y apertura hacia las terapeutas para ver aspectos de ella misma la aterrizzaba. En varias ocasiones, AA estaba preocupada por la idea que las terapeutas podrían ver en sus imágenes más de lo que ella quisiera mostrar y se sentía invadida. En un instante en particular, AA se puso muy nerviosa cuando una terapeuta le dijo en la sesión 12 que le gustaba hacer escenas bizarras, olvidando que ella misma había compartido abiertamente esta información; AA tenía susto de que se lo pudiese haber leído en ella o en sus dibujos.

Se puede decir que la relación a través de la imagen tenía un doble filo: presenta un modo de comunicación y de relacionarse con otro de manera íntima pero a la vez representaba una exposición sentida como traicionera. Es importante tomar en cuenta que en general AA era poco comunicativa tanto verbal como físicamente y tenía tendencia a evitar interacciones o a sentirse nerviosa en situaciones de conversación directa con las terapeutas. Sin embargo se desarrolló una comunicación potente a través de sus obras como en las reflexiones en torno a estas.

Desde la perspectiva del terapeuta, vivimos también las dificultades de la relación con pacientes esquizofrénicos. Se ha hablado bastante de la dependencia y del apego del paciente hacia el terapeuta pero es igualmente fuerte el rechazo. Siguiendo con el ejemplo de AA, la relación terapéutica fue real, y fue incómoda tanto para el paciente como para la terapeuta. En el contexto descrito, los actos de confianza daban cuenta de fuerte lazos que conmovían a la terapeuta desde la empatía hacia la paciente. Sin embargo, estos iban seguidos por palabras de sospecha y acciones de rechazo lo que podía confundir al terapeuta y poner en duda la existencia de relación terapéutica. En este caso, fue un esfuerzo consciente por parte de la terapeuta de ignorar los ataques a la relación, dejando espacio al paciente y más que nada teniendo fe en los lazos que se vivieron, aunque fuesen efímeros.

Sin embargo, se notó que a medida que las sesiones avanzaban, el trabajo de los participantes antiguos se hacía más profundo y la integración de nuevos miembros se hacía más fácilmente. Esta observación da luz sobre un ímpetu propio al grupo más allá de los miembros que iban cambiando.

Incorporar imágenes de cierre final

CONCLUSIONES

Desde que las sociedades modernas reconocen a los enfermos mentales como personas con derechos, se debe también hacer garantes de dar las oportunidades para el mejoramiento y la reinserción social de tal población marginalizada y estigmatizada. En la práctica, la aceptación de enfermos mentales es un reto social universal y el tratamiento fármaco y psico-social representa un gran desafío para el equipo médico. Se requiere de un equipo multidisciplinario capacitado en los múltiples aspectos que el paciente necesita aprender, fortalecer o potenciar. Para el paciente, es un esfuerzo y un trabajo que requiere un aprendizaje permanente.

Hemos visto que los hospitales de día operan como puente entre la hospitalización en crisis y la vida en comunidad y es en este espacio que la intervención psico-social es posible y a la vez más eficiente. Se ha expuesto la relevancia de la terapia grupal en hospitales de día, como una actividad que permite un espacio de protección para explorar dimensiones personales, experimentar comportamientos nuevos y trabajar un sentido de competencia con la ayuda no sólo de un profesional sino también de los otros pacientes que se transforman en un equipo. Finalmente, se ha visto que la terapia artística es útil no solamente como “adjunto al grupo de terapia verbal y como vehículo para palabras e insight”⁹² y que posee en sí reales ventajas.

Como institución de salud, el hospital de día del Hospital Barros Luco-Trudeau cumple la función de ofrecer al paciente un ambiente de contención para recibir atención psiquiátrica, reforzar sus controles internos, y desarrollar habilidades sociales para volver a su ambiente pre-crisis. Sin embargo, llama la atención ver que dentro de los talleres psico-educativos y los controles individuales no se ofrecía un encuadre de terapia grupal propiamente tal cuando la literatura indica que es un recurso clave para el mejoramiento de pacientes con trastornos mentales severos. Si bien casi todas las actividades del hospital de día eran concebidas de manera grupal, sin el *setting* terapéutico no se aprovechan plenamente los beneficios que ofrecen los fenómenos grupales, y aún más si se trata con una población que tiene dificultades específicas en la socialización. El hospital de día se enfocaba en al aprendizaje de los elementos prácticos de la vida cotidiana y del control de los síntomas de la enfermedad individual, cuando también es necesario aprender a ser un individuo dentro de un grupo.

⁹² Nowell, 1987, p. 183

Existía una necesidad de espacio de terapia grupal pero también había una necesidad de un espacio dedicado a la creatividad, un ambiente que fomentara la exploración y la comunicación alternativa, enfocado en el apoyo para el reforzamiento de su autoestima y la alimentación de sus necesidades emocionales desde un enfoque no-verbal. De esta perspectiva, resuenan las palabras de Nowell sobre su experiencia en la inserción de arte terapia en un centro de salud dedicado a enfermos mentales: hay

Una necesidad de ayudar en la síntesis, de integrar de manera más eficiente el conocimiento y significado intelectual con la emoción y la experiencia, lo verbal con el no-verbal, y de reestablecer el diálogo natural entre lo consciente y lo inconsciente, entre el Yo y el ego, hacia una integración de la personalidad como una entidad entera⁹³.

Para algunos pacientes del hospital de día, la experiencia vivida a través de la creación de obras entregó herramientas alternativas para examinar y reorganizar su visión confusa de sí mismos y del mundo, de hacerse conscientes de sus acciones y emociones, de definirse a sí mismos, y de crecer como persona dentro de un grupo empático. Opino que el éxito del taller de arte terapia fue en gran medida porque éste respondió a una real necesidad del hospital de día de incorporar tanto la dimensión de terapia grupal y de la actividad creativa. Cuando uno considera el estado anímico de la mayoría de los pacientes descritos en este trabajo, las palabras de Winnicott hacen reflexionar sobre la importancia de una instancia creativa en su cotidiano: “La vida sólo es digna de vivirse cuando la creatividad forma parte de la experiencia vital del individuo”⁹⁴.

⁹³ Nowell, 1987, p. 162. Traducción realizada por la autora

⁹⁴ Winnicott, 1994, p.156

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos No 6. Madrid, Edición Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002
- CASE, Caroline y DALLEY, Tessa. The Handbook of Art therapy, second Edition. New York, Routledge, 2006
- CHARLTON, Suzanne. Art therapy with long-stay residents of psychiatric hospitals En: DALLEY, Tessa (ed.) Art as Therapy, An introduction to the use of art as a therapeutic technique, New York, Routledge, 1984
- DICK, Tanis. Brief group art therapy for acute psychiatric inpatients. American Journal of Art therapy Vol. 39 (4): pp. 108-113, mayo 2001
- IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de estado de servicios sociales, familias y discapacidad. Modelo de atención a las personas con enfermedades mentales graves. IMSERSO, Madrid, 2007
- HOGAN, Susan. Healing Arts, the history of Art therapy. London and Philadelphia, Jessica Kingsley Publishers, 2001
- GREENWOOD, Helen. Cracked Pots, Art therapy and Psychosis Inscape, Vol. 1, pp11-14, 1994
- GREENWOOD, Helen. Psychosis and the maturing ego. En: KILLICK, Katherine y SCHAUVERIEN, Joy. Art, Psychotherapy and Psychosis. London y New York, Routledge, 1997
- GILROY, Andrea. Ponencia: Avances en la investigación respecto a la efectividad del Arte Terapia en el campo de la salud. En: II Congreso Latinoamericano de Arte terapia: 20, 21 y 22 de agosto de 2009. Santiago de Chile. Programa de Especialización de Post Grado de Arte Terapia, Facultad de Artes, Universidad de Chile y Asociación Chilena de Arte Terapia ACAT.
- GUIMÓN, José. Manual de terapias de grupo, Tipos, modelos y programas. Trad: Introduction aux thérapies de groupe, Paris, 2001. Madrid, Biblioteca Nueva, 2003
- KURAS DE MAUER, Susana y RESNIZKY, Silvia. Acompañantes terapéuticos: actualización teórico-clínico. Buenos Aires, Editorial Letraviva, 2004
- KILLICK, Katherine. Unintegration and Containment in acute Psychosis. En: KILLICK, Katherine y SCHAUVERIEN, Joy. Art, Psychotherapy and Psychosis. London y New York, Routledge, 1997

- LIEBMANN, Marian. Los juegos artísticos y estructuras de grupo En: DALLEY, Tessa (ed.) Art as Therapy, An introduction to the use of art as a therapeutic technique, New York, Routledge, 1984
- MOLLOY, Terry. Art psychotherapy and psychiatric rehabilitation. En: KILLICK, Katherine y SCHAUVERIEN, Joy. Art, Psychotherapy and Psychosis. London y New York, Routledge, 1997
- MORALES HÄFELIN, Paulina, ¿Puede la actividad plástica en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos? Los efectos terapéuticos del Arte-terapia. Memoria para optar al título de Psicólogo. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología, Universidad de Chile. 2007
- NOWELL HALL, Patricia. Art Therapy: a way of Healing the splits En: DALLEY, Tessa “et al.” (eds.) Images of Art Therapy, New developments in theory and practice. London y New York, Tavistock Publications, 1987
- REYES HERRERA, Pamela. Arte terapia: Una revisión de sus enfoques y sus aplicaciones con trastornos severos. En: REHBEIN, L. (ed.) Aportes y desafíos de la práctica psicológica. Santiago de Chile, Ril Editores, 2003
- RUDDY R. y MILNES D. Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia La Biblioteca Cochrane Plus, Revision Cochrane traducida, Oxford, John Wiley & Sons, 2008
- SEGAL, H. Psycho-Analytical Approach to the treatment of Schizophrenia. En: LADER, M. H. (ed.) Studies of Schizophrenia. British Journal of Psychiatry Special Publication, No. 10
- WALLER, Diane. Group Interactive Art Therapy. London y New York, Routledge, 1993
- WINNICOTT, Donald W. El hogar, nuestro punto de partida. Buenos Aires, Paidós, 1994.
- YALOM, Irvin D., VINOGRADOV, Sophia. Guía breve de psicoterapia de grupo. Trad: A Concise Guide to Group Psychotherapy, Washington, American Psychiatric Press, 1989. Barcelona, Ediciones Paidós, 1996

ANEXO ASISTENCIA
PACIENTES EN INTERVENCIÓN DE ARTE TERAPIA

	Sesión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total de 15 sesiones	
	Paciente	02-09	09-09	16-09	23-09	30-09	07-10	14-10	21-10	28-10	04-11	11-11	18-11	25-11	02-12	09-12	16-12		
1	AM	X	X	C A N C E L A D O														2	
2	AA					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
3	AR						X	X	X										3
4	AJ	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	14
5	AG	X	X			X	X	X	X	X	X								8
6	CC	X	X			X	X		X										5
7	CG							X	X	X	X	X	X	X				X	8
8	CR										X	X	X	X	X	X	X	X	8
9	CL							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
10	CLH	X	X																2
11	CM	X	X			X	X	X	X	X	X	X							9
12	EL		X				X	X	X			X	X						6
13	FF	X	X			X	X	X											5
14	FP															X	X	X	3
15	FG	X				X	X												3
16	GQ													X	X	X	X	X	5
17	GH																	X	1
18	HM							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
19	JC										X	X		X	X	X	X	X	7
20	JR					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	11	
21	KZ					X												1	
22	LT	X	X		X	X	X		X	X	X	X						9	
23	LQ	X	X		X	X	X	X	X		X							8	
24	MS	X							X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	
25	MB						X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	10	
26	ML											X	X	X	X			4	
27	NN													X	X	X	X	4	
28	PA	X	X															2	
29	PS	X	X		X	X	X	X										6	
30	SM				X	X	X											3	
31	RM									X					X	X		3	
32	RG													X	X	X		3	
33	YL									X	X	X	X	X	X	X	X	8	
33	Total pacientes	13	11		11	15	16	14	12	14	15	13	13	13	16	14	16		

