



Universidad de Chile
Facultad de Artes
Escuela de Post Grado
Proyecto Final para optar al Curso de
Especialización de Postítulo en
Terapias de Arte, Mención ARTE TERAPIA

INFANCIA QUEBRANTADA.

Acompañamiento arte terapéutico a una niña de 5 años con abuso sexual.

Autora

ALEJANDRA ALDUNCE COSSIO.

Profesora Guía

MARY HARRISON.

Titulo y grado previo.

Licenciada en Artes.

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Santiago de Chile, Mayo 2011.

Mis agradecimientos a mi profesora guía, quien me ayudó a poder dar una mirada más aguda en el caso y me hizo conocer en mayor profundidad el camino del arte terapia.

A mi familia, que siempre han sido un pilar fundamental en mi crecimiento y en esta nueva etapa.

A C, pequeña gran persona, que me dejó trabajar y aprender de sus pasos, y cómo las imágenes pueden hablar más allá de las palabras.

Índice

Portada.....	1
Agradecimientos.....	2
Índice.....	3-4
Introducción.....	5
Capítulo I.....	6-12
- Orígenes, tendencias y etapas del arte terapia.	
Capítulo II: Arte terapia en la escuela.....	13-15
-Beneficios del arte terapia en la educación.	
Capítulo III: El abuso sexual.....	16-26
-En Chile.	
-En niños (el impacto, trauma).	
Capítulo IV: El abuso sexual y el arte terapia.....	27-31
-Cómo el arte puede ser un lenguaje sanador. Cómo el arte terapia puede ser una herramienta para el trabajo con niños que han sufrido abuso sexual.	
Capítulo V: Estudio de caso.....	32-59
-Contexto: Colegio	
-Derivación de la paciente.	
-Antecedentes del caso .	
-Análisis del proceso terapéutico:	
-Hipótesis.	

-Objetivos de la intervención.

-Setting.

-Técnicas utilizadas y materiales.

-Fases del proceso terapéutico.

Conclusiones.....60-62

Bibliografía.....63-66

Anexo.....67-70

Introducción

Una imagen¹ puede ser el reflejo de lo que está pasando, de lo que se está sintiendo, de lo que se está reescribiendo como historia. Ahora nos detendremos a ser parte de una historia que quiere ser re-significada, que quiere ser escuchada a través de los colores y de texturas. A través de una experiencia de acompañamiento.

Por medio de imágenes se vuelve a contar esta historia de silencios, culpa y rabia contenida. Enfrentándonos así a un trauma que les sucede tanto a niñas como a niños de nuestro país. En esta contingencia y en esta necesidad de reflejar lo que sucede en el interior de un ser humano, el arte terapia se introduce como una herramienta frente a una problemática que quebranta el desarrollo de una etapa de la vida: la infancia.

Esta monografía es el resumen y análisis de 16 sesiones de intervención arte terapéutica realizadas en el contexto educacional. Este trabajo se dividirá en 5 etapas o capítulos, los cuales, irán dando forma al relato que contiene esta historia y al acompañamiento de ella.

El primer capítulo tiene relación con el conocimiento del arte terapia: orígenes, tendencias y formas de realizar arte terapia. El segundo capítulo, con el contexto escolar y el arte terapia. El tercer capítulo con el abuso sexual. El cuarto capítulo nos lleva a ver al arte terapia como una herramienta para el tratamiento del abuso sexual y el quinto capítulo, relata la historia de C, el estudio de caso.

1 Diccionario etimológico.

La palabra imagen viene del latín "imago"(retrato) y del verbo "imitari" que significa imitar. Entonces uno puede interpretar la representación de uno mismo en un espejo o en un retrato, como una "imitación" de la figura real.

CAPÍTULO I:

Historia del Arteterapia

La actividad artística ha formado parte de casi todas las culturas desde sus orígenes, constituyendo sus manifestaciones los más antiguos, fiables y valiosos yacimientos de información acerca de la vida de aquellos que vivieron tiempo atrás, aun antes de que nadie pudiera darnos fe de su existencia a través de documento alguno. La inmediatez y universalidad de sus elementos junto con su carácter subjetivo, hicieron del lenguaje visual una vía eficaz para la expresión y la comunicación del ser humano, capaz además de contener de manera integrada y coherente aspectos de la experiencia de índole diverso, algunos de los cuales difícilmente podrían ser expresados de otro modo. Estos dos factores: su carácter trascendente, universal, y su versatilidad expresiva, han contribuido históricamente a considerar la práctica y la contemplación artística como actividades que proporcionan bienestar.

A partir de los **años 40** del siglo XX tienen lugar una serie de circunstancias que, desde distintos ámbitos, van a ir dando forma a una nueva disciplina: el arteterapia, que nace con la vocación de hacer posible el desarrollo de procesos terapéuticos significativos a través del arte.

- El nacimiento del psicoanálisis y con él el descubrimiento del inconsciente.
- El interés de algunos psiquiatras (como Prinzhorn) en entornos clínicos, por las producciones artísticas de los internos, más allá de su valor diagnóstico.
- El deslizamiento, iniciado con el romanticismo que conduce al arte primero hacia territorios ignotos, perdidos o lejanos, al predominio de la emoción y la subjetividad; y progresivamente a mundos no reales: oníricos, fantaseados, pensados, abstractos.
- La ruptura del arte con la figuración.

- Las dos guerras mundiales, cuyas consecuencias fueron miles y miles de personas afectadas, que dieron como resultado la necesidad de encontrar nuevas formas de tratamiento para el sufrimiento psíquico que padecían.
- El desarrollo de las psicoterapias.
- Las investigaciones en el ámbito pedagógico (Lowenfeld, Read, Dewey) que se refieren al importante papel que el desarrollo de la expresión y la imaginación juegan en el conjunto del desarrollo infantil.

En **1942**, el artista Adrian Hill, tras una larga convalecencia en un sanatorio, acuñó el término “arteterapia” para referirse a un proceso, observado primero en sí mismo y posteriormente en sus compañeros de hospital, por el cual la actividad artística procuraba al enfermo un notable incremento del bienestar emocional. En 1943 publica su primera obra. *Art as an aid to illness: an experiment in occupational therapy*, y en 1945, *Art versus illness*.

En **1946**, se publica la obra *Art and Regeneration*, de Marie Petrie, en la que aparecen por primera vez referencias a una formación específica en arteterapia.

En **1947** Margaret Naumburg (Nueva York, 1890), una de las pioneras del arteterapia, publica *Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy*. Naumburg fue la primera que utilizó el proceso artístico de manera sistemática dentro de su trabajo como psicoanalista. “El proceso del arte terapia está basado en el reconocimiento de que los pensamientos y sentimientos más profundos del hombre, procedentes del inconsciente, consiguen su expresión en imágenes mejor que en palabras.” “Las técnicas del arteterapia están basadas en el conocimiento de que cada individuo, con o sin entrenamiento en arte, tiene la capacidad latente de proyectar sus propios conflictos de manera visual. Cuando los pacientes representan tales experiencias profundas, sucede, frecuentemente, que pueden mejorar la articulación verbal.” (Naumburg 1958).

A finales de **1950**, Edith Kramer (Viena, 1916), otra de las grandes figuras del arteterapia, que había sido testigo del trabajo que, en el campo de concentración de Terezin, había llevado a cabo con niños Friedl Dicker-Brandeis, comenzó a trabajar como arte terapeuta con los niños de la Wiltwyck School en EEUU, promoviendo una orientación que, si bien como la de Naumburg tenía su base en las teorías psicoanalíticas, al focalizar su trabajo, no ya en los contenidos inconscientes, sino en la capacidad terapéutica de la propia práctica artística, se distanciaba claramente de ella.

En **1950** aparece *On not being able to paint*, de Marion Milner y comienzan a ponerse en marcha los primeros programas de estudio en EE.UU. Este mismo año, en París, con motivo del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, tiene lugar la primera exposición internacional de arte psicopatológico, que reúne cerca de dos mil obras de pacientes de diecisiete países diferentes.

En **1954** los profesores Volmat y Delay fundan *el Centre d'Étude de l'Expression*; en 1955 Volmat publica el libro *L'Art psychopatologique* y en 1956 Delay a su vez publica *Névrose et création*.

En **1959** nace la SIPE (*Société Internationales de Psychopathologie de l'Expression*).

En **1961** aparece el primer número de la revista *American Journal of Art Therapy*, que constituye el primer encuentro editorial de una serie de teóricos que hasta entonces trabajaban de manera individual.

En **1964** comienzan a aparecer las primeras asociaciones de profesionales de arteterapeutas: en Francia *la Société Française de Psychopathologie de l'Expression* y en el Reino Unido *la BAAT (British Association of art Therapists)*. En 1969 se funda la AATA (*American Art Therapie Association*) en EEUU.

En **1973** se crea, en el Centro Psiquiátrico Nacional de Río de Janeiro, el Museo de las *Imágenes do Inconsciente a cargo del doctor Nise da Silveira*, que reúne más de

300.000

obras.

En **1991** se funda el consorcio de universidades *ECARTE (The European Consortium for Arts Therapies Education)*, que reúne a las universidades de Hertfordshire, Münster, Nijmegen y París, cuyo propósito es regular los cursos de formación en las diferentes terapias artísticas a nivel europeo. Actualmente está compuesto por 32 miembros de 14 países europeos, entre las cuales se encuentran la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Barcelona dentro del ámbito específico del arteterapia.

En los últimos años se han producido avances significativos, tal es el caso de países como Gran Bretaña, donde desde 1999 el arteterapia cuenta con un status profesional reconocido dentro del servicio de Sanidad. Esta posición implica necesariamente una formación reconocida y un registro de profesionales con un estatuto protegido.²

Cómo y cuándo Nace el Arteterapia en Chile

En un comienzo fueron iniciativas carentes de continuidad, ya que no existía un respaldo institucional ni una formación inserta en el sistema universitario. En una primera época, en los años 50, el psiquiatra Rafael Torres, junto a educadores en arte y otros profesionales se abocó a investigar el valor diagnóstico y terapéutico del dibujo y la pintura de pacientes del Hospital Psiquiátrico de Santiago.

Una de las experiencias más extensas y de desarrollo sistemático del arte terapia, que duró 25 años, asociada a psicodrama e integrando más adelante otras expresiones artístico plásticas terapéuticas, se efectuó en el primer Servicio de Psiquiatría de El

² <http://arteterapiaforo.org/historia.html>

Hospital de El Salvador, por Mimí Marinovic quien fue además la gestora del postítulo de especialización en terapias de arte con mención en Arte Terapia de la Universidad de Chile.

Este trabajo pionero se inicia en 1955 y continuó ininterrumpidamente hasta el año 1980; los principios y técnicas de Arteterapia se aplicaron en niños, adolescentes, adultos, grupos familiares y pacientes psiquiátricos, tanto en forma individual como grupal, y en experiencias prácticas con alumnos de diversas carreras universitarias. Es necesario señalar que esta labor fue reconocida profesionalmente por la American Art Therapy Association y por la Société Internationale de Psychopathologie de L'expression et D'art- Thérapie. En el 2006 se formo la Asociación Chilena de Arte Terapia ACAT, el 2009 se realizó el II Congreso Latinoamericano de Arte Terapia en nuestro país, y a la fecha cada vez son más los centros, como el CRIE, Clínica Las Condes, ESPACIOCREA, ASPAUT, Escuelas, Colegios, Centros de rehabilitación en Adicciones, entre otros, que integran a Arte Terapeutas entre sus profesionales, hechos que dan muestra del actual desarrollo del arte terapia como especialización en nuestro país, lo que nos hace esperar un futuro muy promisorio.³

³http://www.espaciocrea.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=61&limitstart=2

Tendencias del arte terapia⁴:

Actualmente podríamos diferenciar tres claras tendencias por las que se desarrolla el arte terapia:

1.-La idea de que la actividad plástica es secundaria y no supone más que una excusa para el intercambio verbal. Esta tendencia correspondería a un enfoque junguiano de la terapia. Para Jung, se valora la relación entre el creador y la imagen mediante la estimulación de preguntas y diálogo. La relación terapéutica no se basa en la confrontación, sino que, se establece mediante el arte que actúa como un filtro o barrera. En esta situación, el arte actúa como mediador entre el paciente y el terapeuta. La imagen se trata como una extensión del paciente (que de una forma metafórica lo es). Las imágenes se vinculan con el pasado mediante sucesos actuales de la vida del cliente, y con el presente y el futuro, mediante los arquetipos.

2.-Afirmando que el proceso creativo es terapéutico en sí mismo por su capacidad de sublimar sentimientos y emociones a través de la metáfora y el símbolo. Hablaríamos aquí de un enfoque humanista⁵, donde paciente y terapeuta, se sitúan en un mismo plano de conocimiento.

3.- La obra, apoyándose en lo que Freud definió como principio de realidad y principio de placer, ya que una obra de arte es un objeto que conjuga las leyes de la realidad interna, por partir de la ideación, y de la realidad externa, por estar provista de materia. Ésta sería la tendencia psicoanalítica.

4 <http://www.scribd.com/doc/7235257/25/Etapas-del-Proceso-Arte-Terapeutico>.

5 El ambiente que el arte terapeuta humanista intenta crear, refleja la ausencia total de actitudes que juzgan o sugieren algo bueno, malo, fuerte, débil, que aman u odian. Las diferentes modalidades de terapias expresivas, han reemplazado las más tradicionales que se basaban en curar la enfermedad, el estrés, la ansiedad, trastornos psicóticos y neuróticos y se concentran en el potencial creativo y expresivo de la persona para buscar estilos de vida significativos, promoviendo así, el bienestar físico, mental y espiritual de una persona que puede expresar sus sentimientos, pensamientos e ideas de una forma creativa.

Las Sesiones en el Arte Terapia.

Encuadre o Setting.

Las sesiones, deben cumplir una serie de condiciones prácticas, denominadas en el argot de la profesión, "setting" (encuadre). Estas condiciones, garantizan el desarrollo de un ambiente de confianza, seguridad y concentración en las sesiones, que permitirá que se dé el proceso terapéutico.

En primer lugar un compromiso de asistencia por parte de los pacientes, que han de llegar a la terapia de forma voluntaria. También un compromiso de confidencialidad, tanto por parte del terapeuta como de las demás personas implicadas en el proceso, sobre los temas que se tratan dentro de la terapia. Finalmente una constancia en cuanto a la duración de la sesión, así como los horarios de esta. Ambos han de ser estrictamente regulares. Para las sesiones se usan salas amplias, equipadas con mesas, sillas y todos los materiales necesarios para trabajar la parte plástica y a ser posible agua corriente. Existen dos partes bien definidas en una sesión de Arte terapia: el trabajo plástico-creativo-expresivo, y una segunda parte en la que se verbaliza la experiencia, se establece un diálogo explícito con la obra y en el que también interviene el/la arteterapeuta como parte integrante de esta relación triangular⁶ que se establece en Arte terapia. Se requiere de un espacio donde desarrollar la sesión sin interrupciones, para crear un ambiente de seguridad y contención, incluyendo un armario en la sala donde guardar las obras y el material.

6 <http://www.e-digitalis.com/articles.php?id=126>

Definición relación triangular: La relación triangular en arte terapia se basa principalmente en los conceptos desarrollados por el psicoanalista inglés Donald Winnicott (2000) de espacio, objetos y fenómenos transicionales. Esta área intermedia crea un ámbito de juego en el que el paciente puede experimentar con objetos en una actividad simbólica y aprender que no tienen efectos concretos sobre ellos mismos o el terapeuta.

Los materiales básicos son: lápices de colores, lápices de carbón, gomas de borrar, sacapuntas, rotuladores, ceras, pasteles, acuarelas, témperas, pinceles, brochas, recipientes de plástico (vasos y platos), plastilina, barro, utensilios para barro, revistas, papeles de colores y texturas (pinocho, seda, etc.), tijeras, pegamento en barra, cola blanca, cinta adhesiva, papel A4 blanco y diferentes colores, papel para dibujo y pintura, Cartulinas A3 de diferentes colores.

Formas de Realizar Arte Terapia:

Hablaremos de dos formas de realizar una terapia de arte, las cuales se diferencian en el grado de libertad que se da al paciente en la elección de los materiales, técnicas y actividades realizadas. La elección de alguna de estas formas, o de una fusión entre ellas, dependerá de los objetivos de la terapia y del tipo de paciente con el que se trabaje.

Estas dos formas son:

- No directiva: consiste en dejar crear libremente al paciente dentro del setting, que escoja materiales, técnicas y actividades creativas, sin una estructura dada por el terapeuta.
- Directiva: Se crea una estructura dada por el Arte Terapeuta según ciertos objetivos planteados en la terapia, donde se solicita al paciente que realice una actividad determinada y/o utilice materiales específicos.

Fases de la terapia:

Fase Inicial:

Durante esta fase se conoce el motivo de consulta, necesidades y requerimientos de los pacientes que sirven para definir los objetivos de la terapia.

Aquí se produce el primer contacto y familiarización del paciente con diversos materiales y se comienza formar el vínculo terapéutico entre los pacientes y el Arte Terapeuta. Durante esta fase se podrá realizar la anamnesis, además de una evaluación arte terapéutica a través de pruebas estandarizadas (Familia, H.T.P, Figura Humana, Pareja, Persona bajo la lluvia, etc.), o bien con los trabajos artísticos plásticos libres y/o guiados realizados por el paciente.

Fase Intermedia:

Permite al paciente/cliente desarrollar actividades terapéuticas (gráficas y plásticas) orientadas por los especialistas. Se van manejando técnicas gráficas - plásticas, que permiten la expresión de sus emociones, sentimientos, deseos, conflictos e interacciones con su medio. En el trabajo grupal, en esta fase, hay una internalización de los conflictos del grupo por medio de la empatía e identificación con los otros integrantes.

Fase Final:

Esta destinada al análisis, evaluación y conclusión de las experiencias vividas en el transcurso de las sesiones de arte terapia. Por otra parte, en esta etapa, se prepara al paciente para la finalización de la terapia y para la separación con el terapeuta.

Capítulo II:

Arte terapia en la escuela.

Los arte terapeutas que intervienen en las escuelas, son usualmente descritos como un apoyo terapéutico que forman parte del equipo multidisciplinario. Ellos trabajan los casos referidos a los niños que tienen necesidades especiales que necesitan intervenciones usualmente con problemas de comportamiento (Bush, 1995).⁷

Fue John Dewey(1934) quien llevó a una visión holística de la reforma educacional en el siglo XX. Dewey, valoraba un curriculum que alentaba al niño a niveles más profundos de entendimiento y a un insight más allá de acumular hechos y habilidades. Lowenfeld (1953) enfatiza en las formas sensoriales del conocimiento, el las llamó las sensaciones personales del niño, en orden de la fortaleza de la motivación y la elaboración de las ideas.

Eisner(1990) habla de un curriculum multi-arts que equilibra las referencias personales y culturales, lo cual permite al estudiante “*follow their bliss*”(seguir su felicidad). Gardner (1990) enfatiza en cultivar las “inteligencias múltiples” en los niños. Él insiste en la protección de la simbolización artística como la más preciosa forma del pensar.

Las ideas psicoanalíticas convergen con la reforma educacional de John Dewey en la forma de la escuela progresiva de Margaret Naumburg⁸, “Walden”. A principios de 1917, Naumburg escribió: “los problemas de la escuela no pueden ser tratados con lo que aparece en la superficie, para un conocimiento más profundo, debemos dirigir nuestra atención a realidades más profundas” (Naumburg, 1917). La escuela de

⁷ HENLEY, D. *Expressive arts therapy as alternative education. Devising a therapeutic curriculum. Art therapy:Journal of the American Art therapy association.* 14 (1)pp.15-22.1997.

⁸**Margaret Naumburg**, Educadora y terapeuta, era seguidora de Freud y Jung. Incorporó el arte a la psicoterapia como un medio para que sus pacientes pudieran a visualizar y reconocer el inconsciente. Fundó la Escuela de Walden en 1915. Ha publicado extensamente sobre el tema y ha enseñado en seminarios sobre la técnica en la Universidad de Nueva York en la década de 1950. Hoy en día, es considerada la fundadora de la terapia del arte en los Estados Unidos.

Naumburg trabajó a través de un desarrollo emocional en el niño por la expresión artística espontánea y la auto-motivación del aprendizaje (Frank 1983).

En 1940, Edith Kramer (1958) comienza su trabajo con niños en the Little Red School House como una profesora y mas tarde trabajó en Wiltwyck school con niños con problemas. A través de los textos de Kramer, se ve un continuo énfasis en el poder evocativo del proceso artístico como una medida restauradora de la salud emocional.

El curriculum terapéutico, comienza con la estructuración del medio ambiente en la manera de contribuir a la formación de una comunidad armoniosa y a la producción personal. Entregando un espacio para diferentes tipos de interacciones y estímulos que contribuyen a la atmósfera creativa (Henley, 1992,1994,1995). La libertad de expresión fue un derecho, no un privilegio en el curriculum terapéutico.

Son muchos los caminos por donde se abre paso el arte terapia en la escuela:

- a) Entre los elementos del curriculum.
- b) Para atender las necesidades especiales.
- c) Desde los ejes transversales.

Son muchas las aplicaciones que podría tener el arte terapia en la escuela. En general, favoreciendo “la integración” personal y social. Creemos que una “persona integrada y adaptada” está mas capacitada, para enfrentarse, no solo con la escuela, sino que además, con la vida en general.(p.144).⁹

La educación artística terapéutica refiere a la educación artística, que reconoce y usa los beneficios terapéuticos del proceso del arte. Este acercamiento, aspira a ver al niño como un individuo, para tomar sus preocupaciones de forma seria y responder en forma de apoyo y de forma productiva. Este tipo de educación, reconoce al proceso artístico como un medio ideal para enfocar las preocupaciones variadas de los niños, y

9 CALLEJON C. M, GRANADOS C. I. Creatividad, expresión y arte: terapia para una educación del s.XXI, un recurso de integración.Escuela abierta,(6). 2003.

para promover el proceso artístico como un vehículo de crecimiento intelectual, estético, social y psicológico.

El ambiente es otro factor positivo: en las escuelas generalmente tienen salas de arte donde muchos tipos de arte pueden ser realizados, incluyendo grandes pinturas, escultura, y trabajos en greda.¹⁰

La supervisión: Necesidad de un trabajo en equipo multidisciplinario.

Parte fundamental del proceso terapéutico es la supervisión. Los terapeutas se reúnen cada dos o tres sesiones, aproximadamente, con colegas experimentados, especialmente cualificados como supervisores, para analizar lo que ocurre en las sesiones, así como el material producido en estas. La comunicación en arte terapia se presenta en numerosos niveles: verbal, no verbal, consciente, inconsciente, simbólico, etc. Simultáneamente, otros canales de comunicación se dan: el proceso creativo individual, la actitud del paciente hacia su producción, la relación paciente-terapeuta, la relación del paciente con los demás pacientes si es un grupo, etc. Con tal multitud de asuntos complejos, la supervisión, es un trabajo conjunto necesario para permitir al terapeuta examinar sus intervenciones y potenciar al máximo el beneficio que pueda reportar la terapia.

Capítulo III:

El abuso sexual.

Hemos visto como en la escuela se intentan trabajar ciertas problemáticas que aquejan a los niños con el arte terapia. Para ello, hay que detectarlas, sobre todo,

10 **MALCHIODI.C.** *Art therapy in schools.* Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association. Vol.14, N°1,1997.

poder definir las y ver medios para tratarlas. Antes del estudio de caso, es importante profundizar en una de las problemáticas que se pueden detectar en el ámbito escolar, el tema del abuso sexual, y, sobre todo, ver como el arte terapia puede ser una herramienta para el acompañamiento terapéutico.

Definición de abuso sexual.

Los abusos sexuales a menores son actitudes y comportamientos que realiza un adulto (generalmente varón) para su propia satisfacción sexual, con una niña, niño o adolescente. Para conseguir su objetivo, emplea la manipulación emocional como chantajes, engaños, amenazas, etc. y, sólo en algunos casos, la violencia física.¹¹

¿Como se da el abuso sexual a menores?

La mayoría de los abusos sexuales ocurren en el propio hogar de las/os menores, y el agresor es generalmente el padre, el padrastro, el hermano o cualquier pariente cercano que tiene fácil acceso a la víctima. En estas circunstancias el abuso sexual se le llama incesto.

¿Cuál es la incidencia?

Los abusos sexuales no son sucesos aislados. Generalmente ocurren a lo largo de mucho tiempo, meses o años. Además, al contrario de lo que puede suponer, se producen en todas las clases sociales y son muchas las niñas y niños afectados. Entre el 20 % y el 30% de las mujeres han sido abusadas sexualmente en su infancia o adolescencia. Alrededor del 15 % de niños también lo han sufrido. Sin embargo, el

¹¹ http://www.pediatraldia.cl/abuso_sexual_pedofilia.htm

silencio y el secreto que rodea a estas experiencias, y que permite que se sigan repitiendo, nos hace pensar que son casos raros. Por eso, es tan importante que hablemos de la existencia de los abusos sexuales y los reconozcamos como un problema social que hay que abordar.

¿Qué efectos producen en el largo plazo los abusos sexuales?

Las personas jóvenes y adultas que han sido abusadas sexualmente durante su niñez o adolescencia arrastran problemas a lo largo de sus vidas y suelen necesitar un apoyo o terapia psicológica especializada para superarlos. Los efectos más comunes como consecuencia de los abusos sexuales son:

- * Odio al propio cuerpo, sentirse sucia.
- * Desvalorización personal, pobre autoestima.
- * Depresión, fobias, ansiedad y problemas psicosomáticos.
- * Problemas de relación con otras personas, social y sexualmente.
- * Miedo a la intimidad e incapacidad para poner límites y autoafirmarse.
- * Comportamientos auto agresivos, mutilándose con cortaduras, quemaduras o golpes y realizando intentos de suicidio.
- * Establecer muchas relaciones de abuso, incluso de maltrato, los varones victimizados tienden a ser abusadores y maltratadores, mientras que las mujeres victimizadas tienden a ser maltratadas y nuevamente abusadas.
- * Juegos más allá del típico mamá-papá o doctor; introducir objetos por la vagina o ano.

En el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM IV), el abuso sexual está señalado como otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. El abuso sexual del niño está incluido en esta sección, donde se incluyen problemas

que son de interés clínico por causar dolor o sufrimiento psicosocial, pero que no conforman trastornos, o es de relevancia tratarlos por separado.¹²

Abuso sexual en Chile.

Según estimaciones del Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS), en Chile se producen 20.000 delitos por abuso sexual al año. Sin embargo, de acuerdo con las estadísticas de Carabineros de Chile y de la Policía de Investigaciones de Chile, anualmente sólo se denuncian cerca de 4.500 de este tipo de delitos. Para hacernos una idea de la real magnitud de estas cifras, de las más de 1.400 querellas que tramita actualmente el Servicio Nacional de Menores (Sename) por maltrato infantil, más de un 80% corresponde a abusos sexuales. Según estadísticas del Sename, un 74% de los delitos sexuales que ocurren en el país se cometen contra menores de 18 años, un 83,7% de los cuales son niñas. A eso se suma que por cada caso que se denuncia hay seis que no lo hacen, un hecho que da cuenta de la magnitud del problema. Sobre la relación víctima-victimario, los datos recogidos por el Servicio Médico Legal entre 2000 y 2002, muestran que en el 79.9% de los casos el agresor sexual es un conocido de la víctima. De ese total, el 44.1% corresponde a familiares.

12 Problemas relacionados con el abuso o la negligencia 697. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV).

Cuadro Comparativo:**INFORME SITUACIÓN INFANCIA EN CHILE¹³**

<p>Estadísticas de Carabineros y de la Policía de Investigaciones de Chile, muestran que en nuestro país se denuncian aproximadamente 4.500 delitos sexuales al año.</p> <p>Los estudios de victimización señalan que por cada delito sexual que se denuncia, existen alrededor de 7 casos que se mantienen en silencio.</p> <p>Niños y niñas atendidos en la red SENAME.</p> <p>De los 66.575 niños y niñas atendidos en Centros subvencionados por el SENAME (junio 2003):</p> <p>El 43,0% había sido víctima de maltrato infantil, es decir, 28.642 niños, niñas y adolescentes.</p> <p>De este último universo, el 14.5% había sido víctima de maltrato grave (abuso sexual y maltrato físico grave), es decir, 4.158 niños/as.</p> <p>Respecto al maltrato grave, 749 niños y niñas fueron víctimas de maltrato físico grave y 3.409 niños y niñas sufrieron abuso sexual, en cualquiera de sus formas.</p>	<p>Estadísticas de ACHNU, de un universo de 225 causas por abuso sexual y violación de niñas y niños interpuestas ante Tribunales, en la Región Metropolitana, muestran que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El 97% de las agresiones sexuales son cometidas por hombres. • Un 95% los agresores sexuales son conocidos por el niño o la niña. • El 37.5% de los agresores son familiares directos de las niñas y niños (padre, tíos, abuelos, primos). • Las víctimas de delitos sexuales son principalmente niñas (82.9%) • En el 27.9% de los casos la agresión se produjo en el domicilio de la víctima; en el 23.5% de los casos la agresión se produjo en el domicilio del agresor, y en el 8.3% en el domicilio de ambos.
--	---

¹³http://www.achnu.cl/data/images_upload/publicaciones/1132312314710711105134121491575.pdf

	Las investigaciones, en el ámbito internacional , muestran que en más de un 80% de los casos, los agresores sexuales son conocidos por el niño o la niña, y muchas veces, se trata de un miembro de la propia familia.
--	---

El impacto del abuso sexual en sobrevivientes

McCann y Pearlman (1990), resaltan que los esquemas cognitivos y afectivos, pueden ser interrumpidos luego de un trauma infantil, y además, que el sistema de creencias relacionadas con la identidad, la capacidad de uno mismo, la seguridad, confianza y el significado en relación con uno mismo y el mundo, quedan seriamente quebrantados.

El abuso sexual en la infancia, sin cicatrizar, puede crear síntomas físicos y psicológicos, que persisten en la edad adulta. Sentimientos de culpa, vergüenza, pena, rabia, desconfianza, depresión, baja autoestima y ansiedad, así como las fobias, problemas afectan a la modulación, la auto conductas destructivas, ataques de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, aislamiento social, problemas de relación, ideación suicida, alexithyma, y una mayor victimización, se encuentran entre las secuelas más comunes. Quejas somáticas de dolor pélvico crónico, asma, problemas digestivos, migrañas, trastornos del sueño, el abuso de sustancias, trastornos de la alimentación, y la disfunción sexual son frecuentes¹⁴

¹⁴ **SWEIG.T.** *Women healing women: Time-limited, psychoeducational group therapy for childhood sexual abuse survivors.* Art therapy: Journal of American Art therapy association. Vol 19, n°1, p. 255-263. 2001.

Indicadores conductuales de abuso sexual

Los indicadores conductuales de abuso sexual, tema de la psiquiatría forense, se dividen en **conductas sexualizadas y no sexualizadas**. Las conductas sexualizadas dependen de la edad y de la etapa evolutiva de las víctimas, que se clasifican en menores de 10 años y mayores de 10 años.

En los menores de 10 años, las conductas sexualizadas son: conocimiento sexual precoz; interacción sexualizada con otras personas; dibujos sexualmente explícitos; actividad sexual con animales o juguetes y la masturbación excesiva, entendiéndose como tal la actividad masturbatoria que produce daño, que se hace numerosas veces al día, que no se puede detener, que se acompaña de sonidos emitidos por el niño, o bien, que se asocia a introducción de objetos en la vagina o ano.

En los mayores de 10 años, las conductas sexualizadas corresponden a la promiscuidad sexual y a la explotación sexual comercial. En un estudio realizado por el SENAME se encontró que casi 90% de las trabajadoras sexuales adolescentes en Chile, tienen antecedentes de abuso sexual. Por desgracia, los niños que no han sido abusados, también presentan las conductas sexuales descritas en los niños abusados, aunque en menor proporción, como la masturbación con objetos, el tocar sexualmente los genitales de otros niños y la imitación de conductas sexuales, aunque según los psiquiatras, los niños en general no imitan conductas sexuales, porque las encuentran agresivas.

Con respecto a las conductas no sexualizadas, hay un gran número de características conductuales en los distintos grupos etarios, por lo tanto, son bastante inespecíficas (Tabla I). Los niños entre 0 y 6 años presentan ansiedad y temores y, en algunos casos, enuresis. En el grupo de 7 a 12 años hay sentimiento de vergüenza y de culpa, la que surge básicamente en los abusos intrafamiliares, porque se teme culpar a la persona que debería cumplir un papel protector y al final los niños se auto culpan y sienten que el abuso ocurrió como consecuencia de sus faltas. En los adolescentes,

aparecen conductas como depresión, fugas, abuso de sustancias o conductas suicidas.¹⁵

Tabla I:

0-6 años	7-12 años	Adolescentes
Ansiedad	Miedo	Depresión
Pesadillas	Agresividad	Retraimiento
Inhibición	Pesadillas	Conductas suicidas o autodestructivas
Retraimiento	Problema escolares	Trastornos somáticos
Temores diversos	Hiperactividad	Actos ilegales
Agresividad	Conducta agresiva	Fugas
Descontrol	Culpa, vergüenza	Abuso sustancias
Trastornos somáticos: enuresis		

Los indicadores gráficos son también importantes, porque se ha descrito que hasta en 30% de los casos, la parvularia hace el diagnóstico a través de los dibujos de los niños. Se debe sospechar abuso, si el niño hace dibujos con connotación sexual; cabezas sin cuerpo o cuerpos sin la mitad inferior; desorganización de las partes del cuerpo; encapsulamiento de las personas; uso de color rojo; uso de imágenes con forma de corazón; con regresión artística; círculos y formas triangulares; y en casos en que el niño manifieste autodepreciación, es decir, que se siente como una persona mala.¹⁶

15 http://www.pediatraldia.cl/01PORSUBIR/abuso_sexual_a.htm

16 COHEN J, MANNARINO A. Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children* 1998; 3: 17-26.

Relación con suicidios

A pesar de estos indicadores conductuales, no existe el síndrome del niño abusado. Se ha visto que los índices discriminadores más significativos son el estrés post traumático (recuerdos intrusivos, hipervigilancia, conductas de evitación, etc.) y las conductas sexualizadas. Bernet *et al* realizaron un estudio en Suecia para valorar la dimensión del daño provocado por el abuso sexual en mujeres que habían sido abusadas 20 años atrás, y encontraron que el trastorno de estrés post traumático era mucho más frecuente en personas que habían sido abusadas en la infancia (37,7%) que en aquellas que no habían sido abusadas (20,4%); asimismo, el suicidio era tres veces más frecuente en aquellas mujeres que fueron abusadas en su infancia, en tanto que la prevalencia de depresión era el doble, en comparación con los controles.¹⁷

Predisposición y gatillo

En la actualidad, se sabe que hay una predisposición genética, que aumenta en 30 a 40% la probabilidad de presentar trastornos del ánimo; si una persona con esta predisposición sufre sucesos adversos tempranos, como maltratos y abusos, se puede originar un fenotipo vulnerable, que va a desarrollar cuadros depresivos y/o ansiosos.

17 Bernet W, Corwin D. An evidence-based approach for estimating present and future damages from child sexual abuse. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006; 34(2): 224-30.

Capítulo IV:

El abuso sexual y sus formas de tratamiento. El arte terapia como un método de tratamiento.

Para aproximarnos al trabajo con personas que han sido víctimas de abuso sexual, comenzamos señalando lo que se ha vuelto un lugar común: hablar del abuso sexual como evento traumático.

El paradigma centrado en el evento traumático, se basa en una noción del sentido común, dada la intensidad extrema de un evento dañino repentino, se producen una serie de fenómenos clínicos que se manifiestan en una pérdida de control de las respuestas emocionales y cognitivas. El evento traumático, se sigue viviendo en pensamientos, sueños y emociones como una realidad presente. Cuando atendemos casos de niños y niñas víctimas de abuso sexual, encontramos que, en muchos casos, no se presentan manifestaciones que indiquen que la persona ha vivido una experiencia extrema en la situación abusiva. Ello se debe, en parte, a que el niño o la niña, ni siquiera logra darle un cabal significado -en ese momento - a la experiencia vivida¹⁸.

Para que un traumatismo de la índole del abuso sexual pueda ser elaborado y metabolizado, es necesario que el sujeto pueda construir un relato. Este involucra una búsqueda de sentido, origen y causa. Las funciones afectivas y motivacionales, implica una interacción dinámica afectivo, cognitivo entre lo activo y lo pasivo. Promueve la participación emocional y la empatía a través de diversos mecanismos tales como la identificación y la proyección.

18 *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 11, no. 26. CEM, Centro de Estudios de la Mujer, Universidad Central de Venezuela, Caracas: Venezuela. enero-junio. 2006

Prevención del abuso:

Debido a las dificultades en el diagnóstico y a las consecuencias del abuso sexual, es importante enfocar los esfuerzos en las medidas preventivas, a través de un apego seguro y una paternidad competente y *bien tratante*.¹⁹

El apego es, al inicio, sensorial y emocional, pero luego se configura la *impronta*, que significa que el recién nacido incorpora en su memoria las características sensoriales de la madre, lo que ocurre en un periodo sensible, porque depende de un mediador cronobiológico que es la secreción de acetilcolina, que se ha denominado el *neuropéptido de la memoria*. Éste permite al niño recordar todos los gestos de la madre en el período de recién nacido, de manera que si las circunstancias fueron agradables, se produce un apego seguro; de lo contrario, el apego será inseguro. Luego del periodo en que actúa este neurotransmisor el apego aún es posible, pero es mucho más dificultoso, porque el aprendizaje es más lento y la memoria ya está impregnada de recuerdos de experiencias desagradables. Muchas maternidades están tomando conciencia de todo lo que implica el apego. Uno de los importantes centros promotores es el Hospital Barros Luco, en el que se ha implementado un programa para aumentar las competencias parentales. En este centro hospitalario, el control se inicia en la etapa prenatal, con el fin de determinar las competencias de los padres y prepararlos para el parto y los momentos posteriores.

La parentalidad competente y bien tratante

se caracteriza por: la disponibilidad múltiple, es decir, la disponibilidad para espacios afectivos, íntimos, lúdicos y de aprendizaje; la estabilidad, accesibilidad, perspicacia, eficacia y coherencia. Los espacios afectivos van permitir que la vida cotidiana se mueva en torno a rutinas y rituales, que van a ir configurando los tiempos y espacios de los niños y les darán seguridad.

19 Op.cit.

El apego seguro y la paternidad bien tratante, refuerzan la resiliencia, es decir, facilitan el desarrollo de fenotipos resistentes por sobre los fenotipos vulnerables, lo que es muy importante, porque no siempre el maltrato y abuso son provocados por los padres, sino que también, puede ser causado por elementos de la sociedad. Estos elementos, generarán en los niños un mundo valórico en el que predominarán la paciencia, el deber y la voluntad para lograr la modulación del mundo impulsivo y gratificante, lo que en el futuro les permitirá comprender el concepto de *paternidad responsable* y romper, finalmente, el círculo transgeneracional de la violencia.²⁰

Arte terapia: Elección del tratamiento.

Algunos clínicos e investigadores que tratan a niños que han sido abusados, ocupan dibujos para obtener información (Greenberg & Van der Kolk, 1987). Schimek (1975) nota que las representaciones del inconsciente mental que aparecen en los dibujos de los niños pueden, en efecto, ser hechos que son recordados en la forma sensoriomotor con cualidades visuales y kinestésicas. Se reúnen en formas discursivas, verbales o formas discursivas de pensamiento o comunicación que pueden ser contraproducentes para el proceso de acceder a estos tipos de memorias traumáticas.

Muchos informes por arteterapeutas son más apropiados y menos estresantes como maneras para tratar a un niño sexualmente abusado (Brooke, 1997; Cohen & Cox, 1995; Cox & Anderson, 1998, 1999; Gil, 1994; Hagood, 2000; Murphy, 2001).

No solo el arte terapia entrega a las víctimas las herramientas necesarias, sino que esto también les permite sumergirse en el proceso creativo- un poderoso antídoto para los devastadores y dolorosos efectos de este particular tipo de trauma.

20 Op.cit. Ibidem.

Conceptualizando el abuso sexual como un cuerpo extranjero, en este caso, como una espina, pudiendo con el arte terapia quitar la espina y poder remover el sentido de culpa de la victima.

Los niños no poseen el vocabulario adulto para describir el acto sexual en el cual ellos han sido presionados, forzados a participar con el transgresor (Kelly, 1985). El arte es una forma no amenazante para comunicar visualmente lo que es demasiado doloroso para poner en palabras (Cox & Anderson, 1998, 1999).

Otro beneficio del arte terapia sobre la tradicional terapia hablada, es que las victimas de abuso sexual pueden ser tratados como si ellos fueran a "contar", entonces dibujan sus secretos, tal vez menos asustados que "contándolo" en palabras (Cohen & Cox, 1995).

La capacidad del medio artístico para crear distancia o para contener las emociones, hacen que sea especialmente adecuado para su uso entre la población de niños y adolescentes victimas de abuso sexual. Las barreras de estos niños ya han sido quebrantadas; ellos necesitan la estructura y la distancia que entrega la experiencia del hacer arte. Como Cox y Anderson (1998) señalaron, "las palabras se disuelven en el aire; la permanencia de la expresión de un trauma a través de los medios artísticos, hace que lo que ha pasado, para el niño, sea concreto" .El trabajo, ahora con una forma concreta, se puede guardar y luego sacar otra vez, tal vez cambiado, o incluso destruido. El creador es libre de negar la interpretaciones de los demás, borrar, pintar, rasgar, doblar, o quitar cualquier material que es demasiado cargado de afecto en ese momento.

Como señaló Kelly (1985), el dibujo también puede disminuir la ansiedad de los niños durante las conversaciones con carga emocional. El acto mismo de participar en el proceso creativo, facilita la liberación de energía a través de la acción corporal y el movimiento.²¹

21 PIFALO.T. The value of the art product, en *Pulling out the thorns: art therapy with sexually abused children and adolescents*. Art therapy: Journal of American Art therapy association. Vol 19, n°1,p.2-3. 2001.

Capítulo V:

Estudio de caso.

Centro educativo.

La escuela donde es realizada la práctica, es un establecimiento municipal, que atiende en doble jornada a sus 500 alumnas, las que se distribuyen desde Kinder hasta 8º Básico. A partir de 4º Básico, existen dos cursos por nivel.

Cuenta con un comedor con capacidad para 70 alumnas, un laboratorio de computación para 35 alumnas y el gimnasio se ha renovado completamente. Se espera que con los años exista sólo un curso por nivel para tener espacio y poder implementar la jornada escolar completa, lo cual será posible cuando aumente la capacidad física del establecimiento.

Recuerdo entrar al colegio por la puerta principal y me llamó la atención la altura de sus muros y su estructura colonial. El color acogedor amarillo que invitaba a pasar por el pasillo principal y poder llegar a sus salas. Llegando al patio principal, que conectaba con el salón, el cual tenía varios espejos y era un espacio donde las niñas podían tener clases y era utilizado para varios eventos.

Derivación de la paciente a arte terapia:

El primer contacto se establece mediante la encargada del postítulo, quien nos contacta con una ex-alumna del postítulo, la cual ejerce como arte terapeuta en el colegio. Ella nos informa del nombre de la paciente y de su diagnóstico. A mi y a mi otra compañera de postítulo, que realizaría la práctica en el mismo colegio, nos facilita el diálogo con la directora y la psicóloga del colegio.

Información general de la paciente:

C, es una niña de 5 años, de tez blanca, ojos grandes y expresivos, de pelo castaño oscuro, contextura delgada, con la estatura normal de una niña de su edad.

Entró el año 2010 al colegio donde se realizó la práctica, en el cual presenta conductas agresivas, como pegarle a las compañeras de curso, contestarle mal a sus educadoras de párvulo. En este contexto, llega con el antecedente de haber sido abusada sexualmente, por lo cual es derivada a trabajar en arte terapia.

En estos momentos vive en un hogar de niñas, donde ha tenido terapias psicológicas.

Antecedentes del caso:

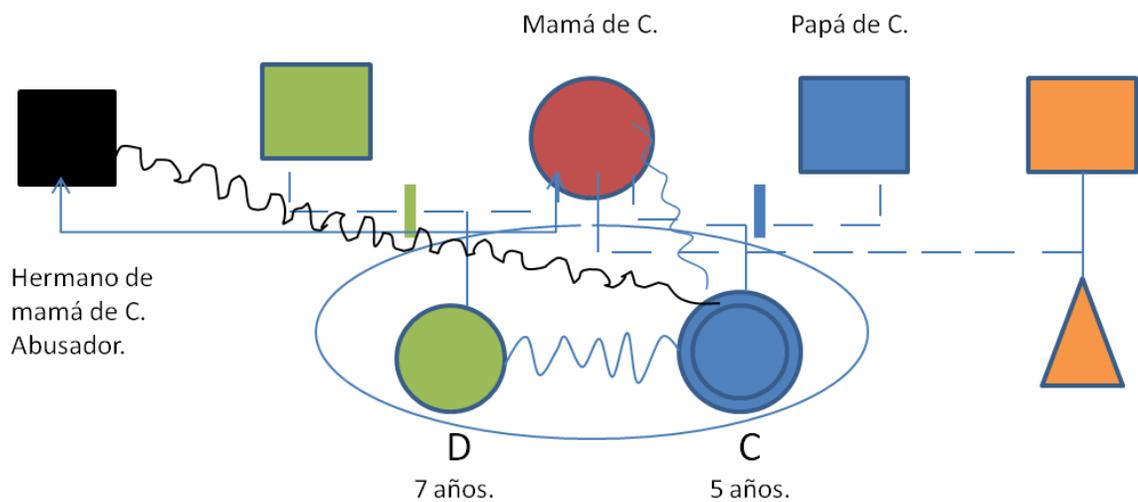
C, lleva más de un año en el hogar de niñas, donde ha sido tratada por una psicóloga por abuso sexual y por tener baja tolerancia a la frustración que era mostrado en el sistema escolar, puesto que es la primera puerta de entrada al mundo social, donde podía comenzar a relacionarse con niñas de su edad y su comportamiento anormal, era visto al contextualizarla en este medio. Se mostraba como una niña agresiva, quien le tiraba el pelo a las compañeras, les pegaba a veces y no soportaba que los adultos le dijeran que tenía que hacer, por ejemplo, tenía gran conflicto con las educadoras de párvulo, puesto que contestaba de mala manera las afirmaciones y atenciones de ellas, lo que indicaría un problema con la imagen de autoridad. Por lo cual, el arte terapia podría ser para ella un medio donde podría expresarse más fácilmente, debido a que los niños tienen muy poca habilidad verbal, este sería el medio en que ella podría "hablar" con las imágenes.

Estas maneras inapropiadas para una niña de corta edad, se ven en la influencia familiar, pues una de las tías del hogar, me comentó que la familia de C no posee una estructura familiar y son conflictivos. Además me señaló que la mamá llegó de allegada a la casa de unos parientes, siguiendo a C, ya que había sido separada de su mamá, porque ella presentaba situación de calle y se conocía el antecedente de abuso sexual.

La mamá tiene visitas semanales de dos horas; las cuales son supervisadas, puesto que C luego de estas visitas, cuando no eran supervisadas, terminaba descompensada y con un lenguaje vulgar. C, no puede tener salidas con su madre, puesto que el año pasado a mediados de noviembre tuvo su primera y única salida del hogar, donde fue abusada por segunda vez. La madre dejó con un tío (hermano de la madre) a sus dos hijas (C y su hermana mayor de 7 años), quien habría abusado de ella (la madre decía que era solo una cochedura, pero, según lo que comentaba una de las tías del hogar, es que tenía una infección en sus partes íntimas).

Genograma:

C, tiene una relación cercana, pero conflictiva, con su madre y su hermana. Con esta última, porque son de padres diferentes. Su madre está embarazada nuevamente de otro hombre distinto y el último lazo conector de C, es su tío, el supuesto abusador.



Análisis del proceso arteterapéutico:

“El proceso y el resultado expresan claramente la confusión y el daño que los niños abusados sufren y reflejan cómo ellos pueden encontrar maneras en su trabajo de reparar, cambiar y crecer desde dentro (Sagar 2003).”²²

Hipótesis: el arte terapia es apropiada para las víctimas de abuso sexual, porque trabaja con sus sentimientos y los experimentan de manera directa en el material usado, gracias a su naturaleza física que se relaciona directamente con las sensaciones y emociones.(Sagar 2003)²³.

Objetivos de la intervención:

1. Crear un vínculo terapéutico, para propiciar un espacio de confianza y seguro.
2. Estimular el proceso creativo, para poder ayudar a simbolizar experiencias dolorosas.
3. Crear un espacio de confianza y contención para dar lugar a un proceso creativo.
4. Reafirmación de su autoimagen.
5. Reafirmación de sus límites y respeto a los demás.
6. Crear un trabajo multidisciplinario.

22 Sagar Carol, “Working with cases of child sexual abuse”, En: Case Caroline, Dalley Tessa, Working with Children in Art Therapy, Inglaterra, Brunner-Routledge, 2003. 93p

23 CASTILLO Montt. Bernardita. Arte terapia al servicio del proceso de reparación de una adolescente en riesgo social con abuso sexual en la infancia. Monografía. (Postítulo en terapias de arte, mención arte terapia). Santiago. Chile. Universidad de Chile. Facultad de arte. Escuela de Post Grado. 2007.

Setting: Se acuerda, con la arte terapeuta y con la directora, poder trabajar los días martes, días en que también se realizaría la práctica grupal. Estas serían 16 sesiones, de fines de agosto hasta diciembre. Al inicio, las sesiones se realizaban su sala de clases, porque ella no quería salir de este lugar que le era conocido, pero esto interrumpía las clases y optamos por un lugar también que pudiera crear un espacio de mayor confianza y contención. Por lo cual, la directora nos ofreció la sala de profesores para trabajar. Acordamos también registrar las sesiones en un cuaderno para los registros de arte terapia y cualquier observación relevante se les comentaría a las educadoras de párvulo o con la psicóloga.

Las sesiones eran semi-directivas o no directivas, puesto que uno de los objetivos era poder crear el espacio para la expresión de C, además de que ella se pudiera empoderar de sus decisiones.

Los materiales: Es importante poder facilitar en la sesión materiales donde pueda explorar con diferentes formas, colores y texturas. Los materiales son de fácil acceso y generalmente relacionados con el ámbito escolar.

Es importante señalar que, dependiendo de la calidad y cualidad del material, se puede trabajar de modo más controlado o contenido o, al contrario, provocar una mayor fluidez en el trabajo. Como nos señala la arte terapeuta Helen Landgarten²⁴ quien desarrolló una forma de clasificación de materiales, desde los más a los menos controlados. Por ello, es relevante conocer los materiales al seleccionarlos para la sesión.

Aquí indico los materiales utilizados en las sesiones y en que escala de control se encuentran (según su nivel de dificultad):

Mayor control (más fáciles de utilizar):

Gráficos: Lápices mina, lápices de colores, lápices scripto.

24 MALCHIODI, C. The Art Therapy Sourcebook. Los Angeles, Lowell House, 1998.

Pictóricos: Témperas.

Tridimensionales: Plasticina, masa de modelar, masa de sal.

Reciclaje: Revistas, papel de diarios.

Control medio (nivel de dificultad medio):

Gráficos: lápices de cera, pastel graso.

Pictórico: pintura de dedos.

Tridimensional: greda.

Control bajo (mayor dificultad):

Gráficos: carboncillo, tinta china, tiza, pastel seco.

Soportes: papeles de diferentes tamaños y texturas, revistas, diarios, cartones, etc.

Fases del proceso terapéutico:

Se realizan dieciséis sesiones, en el segundo periodo escolar, desde fines de Agosto hasta principios de Diciembre de 2010.

Para poder analizar el proceso terapéutico, se han dividido las sesiones en tres fases, como planteó Rubin(1984) en una psicoterapia por el arte²⁵, como son la fase inicial, fase intermedia y fase final. Las cuales son²⁶:

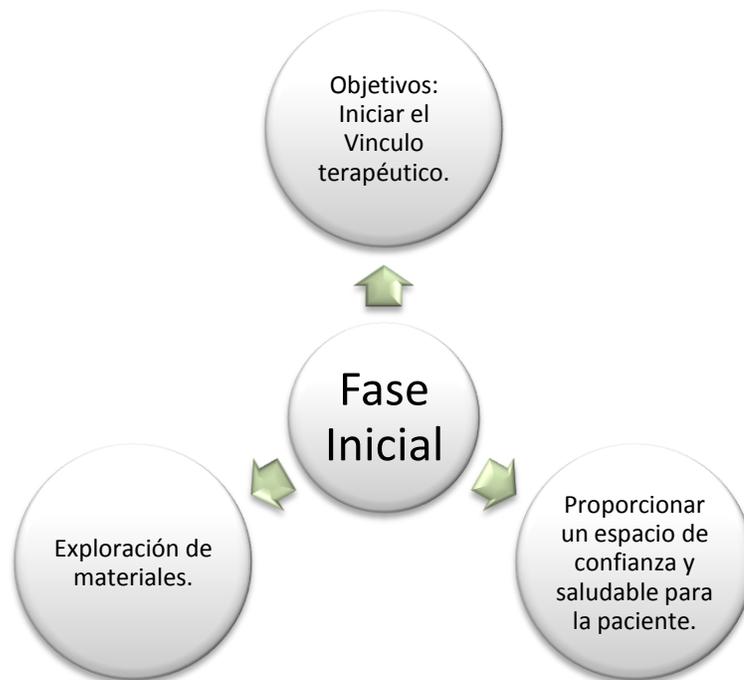
25 PAIN, S y JARREUD, G. Una psicoterapia por el Arte. Edi. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina, 1995.

26 RIVERA Vergara. Erika. Arte terapia y liminalidad. Una intervención de arte terapia en una paciente con cáncer terminal. Monografía. (Póstitulo en terapias de arte, mención arte). Santiago. Chile. Universidad de Chile. Facultad de arte. Escuela de Postgrado. 2010.

Fase Inicial: Los objetivos del arteterapeuta son crear y establecer un buen vínculo terapéutico, establecer el encuadre dentro de los cuales se realizará la terapia (lugar, hora, duración confidencialidad) y lograr una comprensión de la problemática de la paciente.

Fase intermedia: Va señalando lo que ocurre una vez realizada la alianza terapéutica. Aparecen resistencias y defensas.

Fase Final: Fin del proceso, separación del terapeuta y del paciente. Acá es importante hacer una revisión total de las obras y evaluar el proceso terapéutico.



Las Sesiones:

Para poder comprender como evoluciona el proceso creativo y el vinculo terapéutico, he pensado en poder relatar ciertos hitos en las fases, que muestran el desarrollo y progreso en cada etapa.

1° Sesión:

Objetivo de la sesión:

- Iniciar un acercamiento para crear un vínculo terapéutico.
- Dar un espacio de confianza para dar lugar a un proceso creativo.

Técnica utilizada: Pintura de dedos.

Materiales: hojas de oficio, tempera, lápices pastel.



(2) Mi Croquera.

Primer encuentro con C.

La recuerdo de frente al pizarrón con una parada desafiante, mientras todas sus compañeras estaban sentadas escuchando las indicaciones de la profesora. Pensaba como podría acercarme a ella, ya que me habían comentado de su agresividad y su dificultad para relacionarse con personas extrañas. Entonces me acerqué a ella de apoco, junto con una hoja, y le dije si podríamos trabajar juntas.

Sin una respuesta se sentó en su mesa, puse una silla pequeña (una de color verde, silla típica de sala de kínder) al lado de ella. Y le dije si podría trabajar con ella y ayudarla. Simplemente asintió y aproveché el momento en que tenían que hacer un

trabajo. Comencé a dibujar a su lado y le pregunté que le gustaría que le hiciera y ella señaló uno de los dibujos de su hoja de trabajo, un barco.

Comencé a dibujar, mientras vi que miraba de reojo lo que iba trazando, ella se acercó y preguntó como se llamaría, y le dije que a un lado iría C y al otro Alejandra (yo). Fue así como tomó una hoja y comenzó a hacer unas líneas con los lápices pasteles que había dejado a un lado. Sus trazos iban desde los suaves hasta más fuertes. Luego, abrí una de las temperas y le pregunté si quería utilizar una de ellas. Comenzó con marcar sus huellas en el papel, de diferentes colores. Mencionó que le gustaba mucho la textura y quiso que yo también ocupara los colores, de esta manera, comencé a utilizar las temperas y también dejar mi huella. En un momento empezó a vaciar las temperas en el papel, dándole golpecitos y llenándose las manos con la tempera las cuales pasó por todo el papel, cubriéndolo, luego, utilizando mas de una capa, con las uñas fue esparciendo la pintura y mencionó que la textura le relajaba. Dejamos dos trabajos secando y fuimos a sacarnos la pintura.

La primera y segunda sesión tuvimos que adaptar el setting en la sala de clases, pero la verdad esto no es lo más adecuado para establecer un espacio de confianza y de intimidad, uno de los objetivos principales de la intervención, puesto que el estar con las demás compañeras obstruía el trabajo en conjunto con la paciente de forma adecuada, puesto que ella tendía a ver como el resto se fijaba en lo que íbamos realizando. Esta adaptación del setting, fue mayormente para lograr un mejor vínculo o alianza terapéutica al inicio de las sesiones, puesto que a ella le costaba salir de la sala con extraños. Es por ello que fue necesaria la adaptación, pero no es lo más adecuado para establecer un setting. El setting es uno de los elementos fundamentales para construir un espacio en conjunto con la paciente de confianza, para que esto de pie a la libre expresión de sus emociones y sentimientos.

“En este sentido se puede conceptualizar el arte terapia desde la óptica de zona intermedia, en donde el espacio-taller, los materiales de arte y los objetos de arte

(imágenes bi o tridimensionales), cumplirían la función de objetos transicionales y el terapeuta el de la relación vincular”.²⁷

Al comienzo nuestra relación terapéutica estaba entremezclada con palabras que me habían dicho de C, un poco de inquietud y distancia frente a ella. Cuando la vi por primera vez, pensé que ella era agresiva y me preguntaba como podría acercarme a ella. Luego, esta sensación fue cambiando al iniciar el primer acercamiento a través del dibujo (el barco con ambos nombres). Ahí sentí mayor confianza en lo que comenzaba a ser nuestra “alianza terapéutica”.

4° sesión:

Objetivo de la sesión:

- Fortalecer el vínculo terapéutico.
- Conocer el proceso creativo de C.

Técnica utilizada: Pintura y collage.

Materiales: Temperas, lápices de colores, lápices plumones, tijeras, revistas, pegamento, masking tape, diarios.

²⁷ <http://www.e-digitalis.com/articles.php?id=126>



Al ir a su sala, me encontré antes con la profesora, que me habló de la necesidad de que trabajáramos fuera, porque las compañeras de C se distraían al vernos trabajar.

Al inicio de la sesión llegué con la inquietud de cómo ella actuaría al proponerle salir de la sala, yo quería que ella se sintiera en un lugar seguro, y sacarla de su espacio conocido, no sabía si era lo adecuado, pero era un desafío y una apuesta para realizar mejor el trabajo, puesto que podríamos crear un espacio más íntimo en la sala de profesores, donde solo estaríamos ella y yo. Al tocar la puerta, me sentí un poco nerviosa, pero vería su reacción y simplemente dejaría que la sesión tomara su rumbo.

La encontré entre sus compañeras, al verme, se acercó a la tía, y yo la saludé, comentándole que tendríamos que salir de la sala, le dije que podríamos ir a la sala de profesores o a la cocina, donde nos habían dado espacio para trabajar. Le mencioné que ella podría elegir donde quisiera... Tomó mi mano, y fuimos a la sala de profesores.

Recuerdo que ese gesto me llamó la atención, sentir su manito pequeña tomando la mía, porque me decían que ella no aceptaría salir fácilmente de la sala, sobre todo, que a ella no le gustaba salir con extraños de ahí, por lo que comencé a ver un avance en el vínculo terapéutico, tanto en este hecho, como cuando comenzaba a explorar y empoderarse de la sesión al elegir los materiales y seguir el impulso de crear, sin censurarse ni crear elementos estereotipados.

Me dijo: "Tía, yo pego los papeles a la mesa" y yo asentí con la cabeza, y comencé a ayudarla al ponerlos, a veces a cortar el masking tape, aunque a ella le gustaba a tomar el masking y cortarlo con los dientes. A mi parecer, quizás ella sentía la necesidad de protección. El colocar masking indicaría un deseo de controlar y crear un espacio de mayor confianza.

Así de esa manera el setting iba tomando forma, pues nos pusimos de acuerdo en que cada martes trabajaríamos en esta sala, a la misma hora, con los materiales que ella quisiera ir trabajando. Después de cubrir gran parte de la mesa, comenzó a ver los materiales a disposición y tomó una hoja en blanco y una de las témperas, yo le dije que tomara el color que más le gustara y tomó entre sus manos el color rojo. Uno de los primarios, que generalmente los niños pequeños utilizan mayormente.



Me dijo: “¿puedo utilizar el pincel?”. Tomó un pincel grande y con grandes trazos empezó a llenar un trozo cuadrado a través de gran parte del papel. Luego, tomó la pintura y dijo que quería echar más color. Tomó todo el frasco y con golpecitos enérgicos continuó echando el color.

Esto muestra su gusto por los materiales y que ella en su medio no tiene acceso a ellos. Además siento que era un medio para poder expresarse y relajarse, liberando gran energía en ello. Recuerdo sus grandes ojos fijos en la pintura y una pequeña sonrisa al trabajar.

Al finalizar el trabajo, vi que la figura cuadrada parecía ser una casa. Sin hablar del trabajo, me dijo si podría hacer otro. Yo le dije si quería podría utilizar otros materiales, tenía revistas, tijeras, y le dije que viera las revistas y eligiera las imágenes que le llamaran la atención o más le gustaran y las podríamos pegar en el papel. En el momento comenzó a hojear las revistas, dando varias vueltas a las hojas, hasta que se detuvo en una imagen de un bebe y su mamá, luego en juguetes. Le pregunté: “¿te gustan?, ¿quieres que te ayude a recortarlas y las ponemos en el papel?”, ella asintió y entre las dos recortamos las imágenes. Ella decía que le gustaba el bebe y que ella le pondría un regalo (la imagen de uno de los juguetes). Le pregunté si tenía hermanos y como se llevaba con la mamá. Ella solo dijo que tenía una hermana y que estaba en el hogar igual que ella. Comentó que al hogar había llegado una guaguüita y quería cuidarla, porque había niñas que le pegaban. Y ella les pegaría.

Al finalizar de pegar, realizó una línea divisoria y me dijo que le ayudara a abrir las temperas, luego, colocó, apretando el recipiente de tempera con fuerza, un poco de cada color, uno encima de otro, para luego con sus manos tapar toda hoja, sobre todo, colocó mayor color negro sobre la parte donde estaba la imagen materna. La recuerdo con su cara concentrada en llenar toda la página para no dejar ningún espacio en blanco. Mencionó, con voz bajita: “me relaja la tempera”. Supuse que le gustaba sentir la textura de la tempera en sus manos, además de la misma temperatura que el material a veces puede ofrecer. Para ella entonces, este espacio en blanco le permitió sentir un espacio seguro donde poder expresarse.

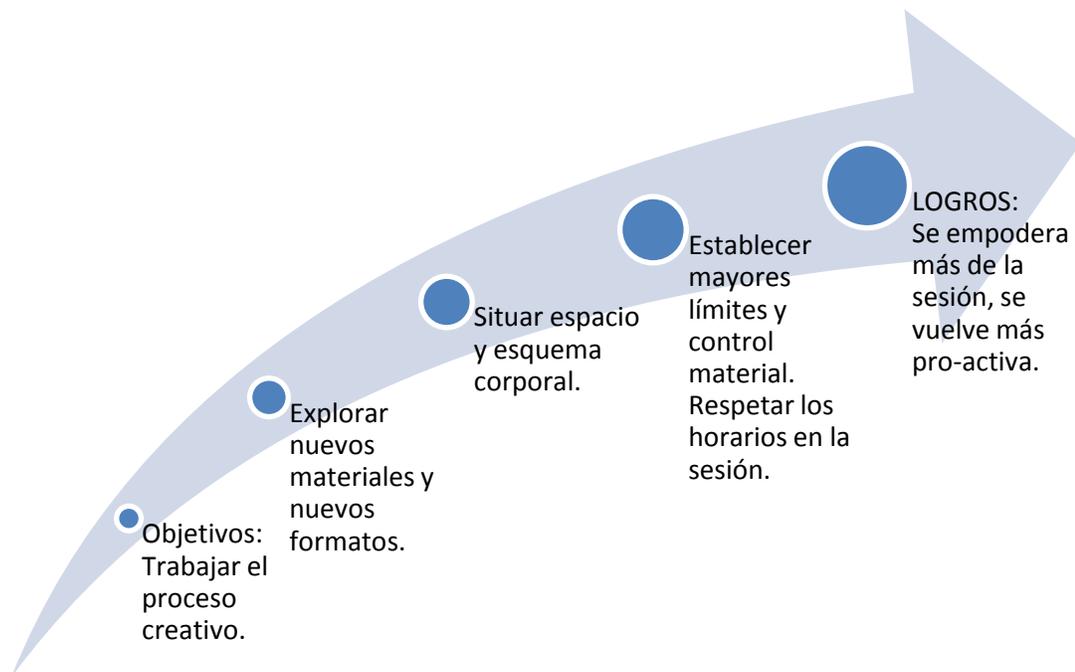
Nos fuimos a lavar las manos, ella iba con su delantal, lleno de huellas de pintura como era de costumbre, y al tomarme la mano, aun húmeda, la llevé a la sala y le vi una pequeña sonrisa cómplice al despedirnos. Le dije: “nos vemos el próximo martes”. Se despidió con un beso en la mejilla y la dejé en la sala junto a la tía.



La alianza terapéutica en esta sesión se vio reflejada en el gesto de la mano al salir de la sala, es el hecho de haber confiado ya en salir de la sala para poder ir a un espacio donde podríamos realizar un setting adecuado, donde solo trabajaríamos las dos, creando un espacio de mayor confianza para expresar sus emociones. Así fue como ella libremente tomó las imágenes del collage y me permitió ver sus imágenes maternas que luego llenó de pintura, hasta anularlas. En esta etapa se puede crear una mayor empatía de mi parte, al ver sus imágenes y reacciones frente a ellas.

FASE INTERMEDIA:

Ya en la segunda fase, podemos ver los avances desde la primera sesión, y pude ver los logros y frustraciones que fueron marcando el camino terapéutico. En esta imagen, expresó la base del trabajo, su objetivo y cómo este fue evolucionando hasta poder encontrar ciertos logros dentro de las sesiones.



Como en la fase anterior, iré mostrando ciertos hitos que ponen en relevancia y construyen esta fase.

Sesión n°10:

Objetivos: Trabajar el vínculo terapéutico. Los límites. Ocupar materiales de mayor formato. Trabajar el esquema corporal y el autoconcepto.

Técnica utilizada: Pintura.

Materiales: Plumones, temperas de varios colores, pinceles.

Llegué como de costumbre con mi mochila con materiales, un poco nerviosa al saber si respondería bien a una dinámica semi-directiva, trabajando además un temática más personal e íntima, como el cuerpo. La fui a buscar a su sala, y ahí estaba ella junto a algunas compañeras, la tía la llamó para que pudiéramos trabajar y le dijo que llevara su delantal. Ella se lo puso de inmediato y me dio la mano. Caminamos hasta la sala de profesores, donde colocamos los materiales en la mesa dispuestos para trabajar.



La recuerdo viendo el papelógrafo y diciéndome donde lo podríamos poner, yo le propuse el suelo, para ocupar un espacio donde ella pudiera tener mayor conciencia de su corporalidad.

Le dije que se recostara, y sin miedo alguno se colocó sobre el papel kraft. Me llamó la atención este gesto de soltura y confianza. A mi parecer, creo que ya sentía un espacio de mayor confianza. Me dio gusto verla así y sentir que ella confiara en mí y en lo que estábamos realizando. Viendo su figura dibujada en el suelo, ella dijo que quería dibujar la cara. Y así comenzó a trazar la los ojos, la boca y una lengua que salía de ella.

Tomó los colores y comenzó a pintar el tronco primero, el color que eligió fue el verde. Luego, comenzó a pintar los brazos, dijo que quería un color piel y comenzamos a mezclar los colores, al ver que como ellos cambiaban y se combinaban dijo: "Tía, hago magia!".



En uno de los brazos, se salió del margen y esto cambió rotundamente la expresión de su rostro y comenzó a pintar con el pincel de manera más descontroladamente, y luego sin decir nada dejó lo dejó de lado, y comenzó a trabajar con las manos, comentaba que la textura le relajaba mucho.

Al final me sorprendió la receptividad de ella, frente al trabajo y aunque fuera un trabajo semi-directivo, al trabajar el espacio corporal y decirle que debíamos dibujar sus contornos del cuerpo. De esta manera, trabajamos de manera metafórica y tangible los límites, puesto que a través de marcar los contornos, hablamos del espacio exterior y el espacio interior. “Los límites necesitan ser reconstruidos trabajando en pos de que sean confiables y que automáticamente protejan al niño. (...)”²⁸.

A mi juicio, en este tipo de dinámicas es imprescindible un trabajo de contención que permita al paciente sentir un espacio seguro para que puedan fluir sus emociones.



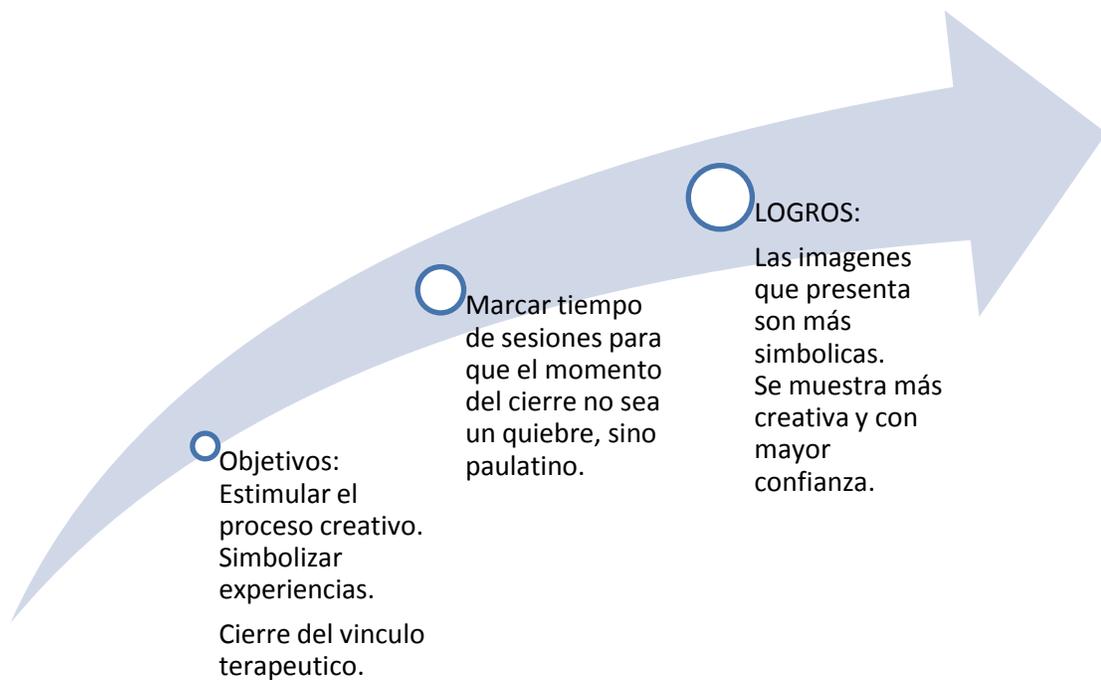
Entonces comencé a ver como la figura empezaba a tener forma. El brazo, el rostro y el otro brazo, estaban repletos de pintura y, el rostro de la figura, también esta tapado por la pintura.

Dijo que quería rodear la figura con azul, entonces tomó la tempera azul y comenzó a hacer puntos azules, para formar el círculo.

Siento que se estaba creando una relación terapéutica positiva, porque se dio lugar a mayor contención (a través del color azul, en el mismo quehacer artístico y también en las palabras, preguntándole como estaba, como se sentía). La alianza terapéutica se manifestaba en su trabajo, donde la vi con más confianza para expresarse y de mi parte mayor empatía.

28 Sagar Carol, “Working with cases of child sexual abuse”, En: Case Caroline, Dalley Tessa, Working with Children in Art Therapy, Inglaterra, Brunner-Routledge, 2003. 94p

FASE FINAL:



En esta fase también relataré las sesiones que tuvieron mayor relevancia para la construcción de esta etapa y como el espacio de confianza y seguridad se iban moldeando hasta llegar al momento de preparar el cierre o última sesión.

Sesión n°11:

Duración de la sesión: 15:45 a 16:30.

Menciono la duración de la sesión, porque, anteriormente, trabajábamos mayor tiempo. Pero, en el colegio, a raíz de su conducta, decidieron que la tía del hogar la fuera a retirar antes.

Objetivos: Establecer las sesiones, a través de un calendario, que nos quedaban de trabajo, (para que reconociera el tiempo que hemos trabajado y que nos quedaba).

Descubrir sus gustos, colores y formas a través de un mandala o espacio interno.

Además, uno de los objetivos principales dentro de las sesiones, era poder restaurar sus límites y autoregulación, lo cual, a través del cumplimiento de los horarios y la misma asistencia, muestra el avance realizado por C. Sin embargo, aún le costaba autoregularse frente a los materiales, por ello decía en cada sesión que cuidáramos de los materiales y del espacio que utilizábamos.

Técnica: Pintura de dedos, dibujo.

Materiales: Papelógrafo, masking tape, cartonero, temperas, lápices scriptos, pinceles.

Recuerdo que iba caminando hacia el colegio con mi block en la mano, pensando en como le diría que las sesiones comenzaban a tener su término. Me sentía si tranquila al pensar que con el calendario que había hecho para ella podríamos marcar los días trabajados y los que nos quedaban, cosa de que ella supiera el tiempo que nos quedaba por realizar las sesiones y no fuera tan brusco el día del cierre. Seguí caminando y como de costumbre, la fui a buscar a su sala, esta vez estaba cerca de la

puerta de la sala, me vio y tomó el delantal entre sus manos, la tía le ayudó a colocárselo y luego C me dio la mano. Caminamos juntas a la sala de profesores, nuestro lugar de trabajo. Ella, al ver los materiales, señaló que quería realizar (como la sesión anterior) el cuerpo (su silueta). Yo llevaba la idea del mandala, por lo cual relacioné el cuerpo como un espacio interior, donde ella podría expresar sus gustos o situaciones internas, como si fuera un mandala. Ella se recostó sobre el papel y dejó que la dibujara, luego se paró y le dije que dentro dibujáramos un círculo o un corazón, donde dibujara lo que quisiera o le gustara. Dibujó una línea que lo dividía y escribió: MAMÁ / C. Lo pintó con el color que dijo que más le gustaba, el rosado, y la línea divisoria, primero la marcó bien con un lápiz y luego, con mi supervisión y compañía, tomó el cartonero y dividió el corazón en dos, y dijo que era así como era cuando uno se moría. Al tomar ella el cartonero sentí un poco de recelo y miedo, pero después me di cuenta de su actitud y me sentí tranquila al saber que ella estaba confiando en mí para realizar ese acto y yo también en esos momentos sentí confianza de que no realizaría ningún acto o cosa mayor que cortar la línea divisoria. El espacio era seguro para que ella comenzara a actuar. Tomó el cartonero y con una presión sobre la hoja dividió el corazón.

Después dijo que quería pintar con rojo y blanco, mezclando los colores dijo:

“Yo hago magia”, Jesús hace magia, Jesús nos cuida y María También. Mi mamá se llama María.

Yo: Ella te cuida?

C: Si.

Entonces recordé lo que las tías de la escuela me habían comentado: que la mamá de C estaba nuevamente asistiendo a visitas en el hogar y que, el día lunes, generalmente llegaba descompensada al colegio, reaccionando de manera agresiva frente a las compañeras, tirándoles el pelo y respondiéndoles a las educadoras de párvulo de mala manera.

Yo creo que C necesitaba crear un espacio seguro, un espacio de contención frente a las circunstancias que no podía ella manejar. El dibujar su cuerpo, fue una manera de hacer el ejercicio de contención, al realizar un círculo alrededor de su cuerpo, con el color rojo. A mi juicio, fue un ejercicio de contención tanto por la parte mía, de ser su arte terapeuta en práctica, como acompañante del proceso, como de sí misma, ya que fue ella quien iba guiando los pasos que íbamos dando juntas. Al momento de cerrar el círculo rojo, recuerdo su voz al decirme: “¡tía, ayúdeme, pintemos todo el círculo rojo!”. Yo la seguía poniendo mis manos en el papel, para ir formando el círculo, sentía que de esta manera se puede vivenciar un proceso terapéutico, poder estar al lado de la persona, en el momento presente, donde la obra es el mediador para poder acercar a los participantes de la sesión en comunión, en comunicación para que ella pueda expresar, quizás, lo que tanto tiempo ha sentido pero ha silenciado.



Con el paso del tiempo, me di cuenta de que había mayor confianza y mayor vínculo, lo que permite que sea mayor la expresión y verbalización de sus sentimientos. El setting que se ha ido realizando constantemente, ha permitido crear un espacio seguro para que se cree esta confidencialidad.

Al tener un espacio de confianza, ella podía destruir o cambiar algo negativo en positivo. Me di cuenta como nuestro trabajo como arte terapeutas (en mi caso practicante) era recibir sus emociones, sin cuestionarlas, sino que acogerlas, compartir una experiencia. Seguí buscando y encontré estas palabras, que le dieron sentido a lo que había ocurrido:

“A medida que el niño expresa y libera más y más estos sentimientos negativos en forma directa, dirigidos a las personas en su vida que son las que despiertan esos sentimientos y lo hacen sentir inadecuado. En tanto, estas experiencias son aceptadas por el terapeuta, los sentimientos se convierten en menos intensos y afectan menos al niño como experiencia total. 50



*El niño comienza a sentirse una persona más importante. Este proceso en si mismo ayuda a subir su autoestima.*²⁹

A mi parecer la alianza terapéutica en esta sesión se ve reflejada en la confianza y seguridad que ella sintió al tomar la decisión de realizar un acto para ella importante dentro de la sesión, el acto simbólico de dividir el corazón. A la vez, por mi parte la empatía se vio manifestada en mis sentimientos de querer acoger sin censurar sus emociones y actos, pero sin duda, estando al lado, ayudando y conteniendo. Supervisando lo que ella estaba realizando.

Sesión n°12:

Objetivos:

- Establecer un mayor vínculo terapéutico.
- Exploración de materiales para ver su evolución en su proceso creativo.
- Poder simbolizar las experiencias.

Técnica: mixta. Utilización de materiales encontrados y pintura.

Materiales: Masking tape, papel kraft, terrones de sal, pinceles, temperas: blanca y roja. Bombillas.

29 NEMIAH,J.Foundations of psychopathology. England. Oxford University press.1961.

Caminé hacia el colegio, con mi mochila con materiales, teniendo sentimientos encontrados, contenta de saber que quedaba poco para terminar un proceso, pero a la vez triste de tener que dejar de ver a C. No sabía como ella tomaría el cierre. Pero si sabía que debía acompañar esta etapa del proceso de la mejor manera, acompañándola y creando ese espacio de confianza y seguridad que a mi parecer ella necesitaba.

La fui a buscar a su sala, ella ya tenía su delantal en la mano, sabía que yo llegaría a esa hora, tenía aquella sonrisa cómplice y sus ojos bien abiertos cuando la vi. Me tomó de la mano y fuimos a la sala de profesores. En ese lugar, recuerdo que miró los materiales y, en silencio, los fue colocando cerca de la mesa donde estábamos trabajando. Le dije que era mejor poner algo para no ensuciar y colocamos el papel kraft debajo. Le pregunté, además, si quería poner el masking alrededor, como lo hacíamos de forma acostumbrada en cada sesión y me sorprendió el ver que dijo que no, que era mejor dejarla así. Me pareció un buen indicio de mayor vinculación y confianza.

Vio los demás materiales y me preguntó si podríamos ocupar la sal de la mesa, porque había unos terrones de sal que le habían llamado la atención. Asentí con la cabeza y vi como los tomó con la mano y los puso en el papel, los tocó, movió, olió y luego me pidió el masking.



Quiso cubrirlos de forma cruzada. Yo no le preguntaba mayormente que quería hacer, porque la veía muy concentrada, solo la acompañaba en su hacer, hasta que vi que lo que había hecho parecía ser un parche curita para la sal, como si quisiera tapar una herida o sanar lo que había debajo.

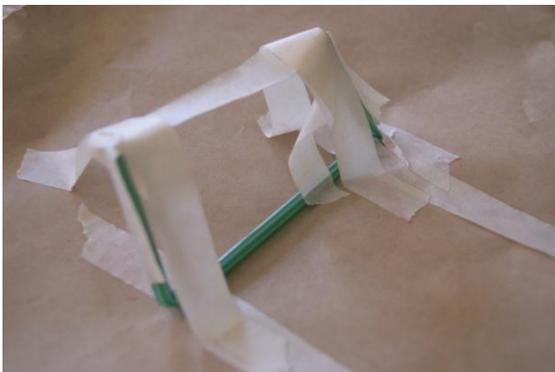
Al ver esa imagen, me sentí sorprendida y un poco emocionada al ver como ella, a mi parecer estaba cubriendo con este acto heridas. Vi como colocaba los pedazos de masking tape con mucho cuidado sobre la sal, sus ojos estaban fijos en lo que estaba haciendo y yo la acompañaba colocando el material. La sentía en silencio,

pero un silencio cómodo, tranquilo, de cierta complicidad, al verme a su lado y con esa sonrisa en su rostro. Entonces le pregunté si quería ponerle algún color y le pasé un pincel y le mostré los colores. Uno de ellos era el blanco y el otro el rojo. Me dijo que le ayudara a pintar uno y ella haría el otro para poder avanzar y trabajar juntas. Luego de pintarlas, colocó sobre cada una un poco más de sal y ahí las dejó. Sin decir nada más, tomó los dos colores utilizados anteriormente y los mezcló en el mismo pocillo donde tenía la sal y luego la colocó en un pedazo de papel kraft, la colocó en círculos y más de alguna vez la tocó con los dedos, mencionaba que le gustaba la textura.



Cada terrón estaba debajo de estos trozos de masking tape, sobre ellos sal y al verlos, a mi juicio, parecía un parche cubriendo una herida. Puesto que los colores utilizados son el rojo, el blanco y el rosado, colores que generalmente están presentes en las heridas.

Después nos fuimos a lavar las manos, donde cada vez se colocaba mucho jabón en las manos, señalando también que le gustaba el olor y la textura del jabón.



Volvimos, y dentro de los materiales que tenía, había un par de bombillas de colores, las tomó y armó un triángulo que unió con masking tape. En este elemento se podía ver la figura de una casa, muy inestable al estar unido al masking tape.

Ya era la hora de regresar, sentí que no quería irse tan luego, pues me ayudaba a ordenar y me preguntaba cuando nos veríamos otra vez, le mostré el calendario y le señalé las sesiones que quedaban, ella tomó el lápiz y dibujó un signo que para ella era un día más de sesiones, yo le dije que nos quedaban esos días y que le había

mencionado con anterioridad el tiempo en que terminaríamos. Me tomó la mano, en silencio y fuimos a su sala. La dejé con la tía, sabiendo que quedaba menos tiempo, pero si mas tranquila de que en esta sesión, a mi parecer, ella pudo expresar y simbolizar sus heridas y hacerse un cuidado, un cariño. Yo estuve ahí acompañándola, escuchándola.

Durante la sesión C, estuvo en contacto con los materiales y con sus obras, poniendo mayor atención en su que hacer. Esto, a mi juicio se produjo gracias al espacio seguro y a la alianza terapéutica que se ha consolidado en este tiempo.

Me llama la atención la fuerza interna de C, de cómo ha podido llevar esto y mis emociones se entremezclaron entre tristeza y rabia al saber lo que le habían hecho y las heridas que le habían dejado, pero a la vez satisfacción al ver como ella a través de este gesto de creación, ella pudo, a mi juicio, cubrir sus heridas. Sobre todo porque sentía que los objetivos que me habría propuesto de confianza y seguridad se estaban viendo manifestados.

Sesión n°16:

Objetivos: Cierre de las sesiones.

Técnica: Pintura.

Materiales: tempera, pinceles, rodillo, trupan.

Recuerdo que tenía un nudo en el estómago a pocos pasos de llegar al colegio, porque sabía que era la última sesión y era extraño saber que era la última vez que iría y vería a C. Al llegar respiré profundo y entré con mi mejor sonrisa a buscar a C. Estaba entre todas sus compañeras, y vi como abrió sus tremendos ojos, en señal de alegría. Me vio y se acercó a saludarme, me tomó de la mano, y fuimos a la sala de profesores. Ella sabía que esta era la última sesión, porque anteriormente habíamos visto las fechas y contado con el calendario. Estando en la sala, le entregue un recuerdo, un juguete y le dije que este sería nuestro último encuentro. Ella vio los materiales, y tomó las pinturas, yo le dije que podríamos trabajar en madera y comenzó a colocar las pinturas

cerca de los otros materiales. Primero mencionó que quería hacer líneas verdes que se entrecruzarán, le dije si podría hacer alguna de ellas ayudándola. Ella me pasó un pincel y trabajamos ambas. Luego, comenzó a utilizar los otros colores y mezclar. Se veía relajada pintando y mencionó que le gustaba mucho ese trabajo y que le gustaría hacer otro para poder entregarlo en el hogar, porque decía que todas las niñas dejaban dibujos y ella nunca había dejado uno.



En el segundo trabajo, comenzó a pintar todo con un fondo verde, el cual, comenzó a trabajar con rodillo y luego terminó con las manos en el trabajo, una vez más. Luego, comenzó a dibujar con negro sobre el fondo y comenzó haciendo corazones en la parte de arriba, luego nubes y dijo que dibujaría una casa. Al verla hecha, pasó el rodillo arriba de ella y dejó esa parte como una gran mancha negra sobre la pintura.



Terminó esa forma y nos fuimos a la lavar las manos, porque ya era la hora de que la iban a buscar. De esta forma, entregándole los trabajos, uno a ella y otro a la tía del hogar, terminábamos una sesión, la número 16. Cerrando un ciclo de encuentros.

Este fue distinto a los demás, tanto por el material trabajado, el cual fue de menor formato, y quizás también de mayor contención, fue también más cercano, al saber que debíamos despedirnos de esta manera.

Me sentí de forma extraña al verla partir con la tía del hogar y viéndola tomar la mano de ella. Pensaba en que era la última vez que trabajaría con ella y me preguntaba cuál sería su futuro. Sólo pensaba que pude ayudarla un corto tiempo, lo que fueron los encuentros de arte terapia, pero al menos, sabía que ella había podido expresarse y yo acompañarla en lo que fue el viaje del arte terapia.

Como última sesión la sentí más con más confianza y segura de lo que quería realizar, en la toma de sus decisiones y en cada trazo que daba. Sus ojos grandes me dejaban entrever su mezcla de alegría de poder crear todo esto y hacer algo bello a sus ojos, que luego podría regalar al hogar. Pero a la vez vi su tristeza de tener que dejar estas sesiones, al despedirme de ella en un abrazo. Creo que todo esto se debía, a mi juicio, por la alianza terapéutica consolidada.

Por mi parte sentía una satisfacción de haber podido, a mi parecer, crear un lugar seguro y de confianza para ella. También sentía un poco de pena, por finalizar esta etapa, pero es parte del proceso.

CONCLUSIONES:

Al volver a ver las imágenes, ordenarlas, interpretarlas y resignificarlas, fue como volver a encontrarme con C, volver a ver esos ojos grandes y expresivos una vez más y dar orden a todo lo que vivenciamos en 16 sesiones. Sentí que todo este tiempo fue un acompañamiento. Estar, para que ella pudiera expresar más allá de las imágenes, puesto que aún no tiene el lenguaje de un adulto y después de un trauma, es muy difícil recapitular y comprender lo vivido.

A través de esta monografía, pudimos ver el desarrollo de las sesiones, por medio de hitos, que fueron marcando el proceso arte terapéutico y el proceso creativo. El vínculo fue un puente para poder llegar a estos procesos, pues dieron el espacio, la contención y el lugar seguro para que C diera paso a caminar por este sendero.

Recordar la imagen de ella, de espaldas, a una mano que ofrecía para que la llevara a la sala de sesión de arte terapia, fué muestra del avance y como habían pequeños cambios en su actuar.

Ulman, quien afirma que *“los procedimientos terapéuticos, están diseñados para ayudar a que se produzcan cambios favorables en la personalidad o en la forma de vivir y que permanezcan después que haya acabado la sesión (...) la terapia, se distingue de las actividades diseñadas únicamente para brindar una distracción con respecto a los conflictos interiores; actividades cuyos beneficios, por lo tanto, en el mejor de los casos son momentáneos”*³⁰.

30 ULMAN, E., 1961 “Art therapy: problems of definition”, *Bulletin of Art Therapy* 1.

Al poder acompañarla en el proceso, vi las fortalezas de C, que la podrán ayudar y acompañar en su futuro. Aunque, dependiendo si sigue siendo tratada, en algún momento podrá llegar a resignificar y edificar un mejor futuro. A la vez, vi también sus debilidades y la forma en que enfrentaba las situaciones que eran una barrera o un sistema de defensa vinculada a la agresividad y a la manipulación (sobre todo frente a las profesoras del colegio y compañeras). Pude ver como ella podía cambiar estas actitudes en un espacio de confianza como el que se le ofrecía en arte terapia. Ella llegaba a ser muy cariñosa y cercana, cuando se reía con facilidad y daba indicaciones creativas en sus trabajos.

Sin embargo, el medio donde se inserta, es bastante adverso. Ella está en estos momentos aún en el hogar, y la madre, cada vez con sus visitas le mostraba un modelo femenino y materno bastante distante y desfavorable. De hecho, en las sesiones C mostraba su rabia y pena frente a la ausencia materna y la inestabilidad de lo que ella podía llamar hogar.

Por lo cual, siento que ella necesita seguir en tratamiento psicológico, para poder trabajar estas falencias y a la vez, poder aumentar sus fortalezas, para que esta historia pueda cambiar. C, aún es una pequeña que ha tenido que crecer muy rápidamente.

En el contexto donde se inserta el arte terapia en este caso, en el sistema escolar, vemos como el trabajo debe ser multidisciplinario, para poder ayudar desde todos los medios a C. En esta práctica, al comienzo, no hubo muy buena comunicación, por falta de acercamiento de mi parte y luego con el paso de las sesiones me di cuenta de la importancia del contacto con las educadoras de párvulo, quienes tenían trato directo con C, con la psicóloga del colegio que la trataba y con la asistente social. El trabajo en equipo, las supervisiones y la entrega de los informes en la bitácora de arte terapia, hacían que se viera el trabajo real y que todos pudiéramos aportar en el trabajo de C, ya que las sesiones movilizaban sensaciones, sentimientos en ella y se veía en su comportamiento. Por lo cual, es fundamental mantener el contacto y el trabajo

multidisciplinario para realizar un complemento y retroalimentación en el trabajo terapéutico.

Este es solo un caso, es un ejemplo de lo que puede realizar el arte terapia. De a poco, el arte terapia se va dando paso a nuevos cambios y a su instalación dentro del sistema escolar.

Afirma Edith Kramer que, como la distinción entre enseñanza artística y terapia a través del arte es a veces difícil de delimitar - especialmente en el trabajo de las escuelas con niños conflictivos -, el terapeuta artístico deberá ser quien esté a cargo. En principio, de la estrategia total de actuación terapéutica. Si esto no fuera posible, el profesor de arte y el terapeuta deberán trabajar juntos, intentando coincidir en los aspectos fundamentales de la tarea³¹.

Por lo cual, se trata de un trabajo con el otro, de una lectura de una historia, de ser un reflejo y convertirse en espacio de escucha, sin ser etiquetador, ni enjuiciar actitudes, sino acoger con cariño lo que va sucediendo en el proceso terapéutico, para re-escribir en conjunto una nueva etapa de vida en una niña. Poder acompañar un proceso, una etapa que ha sido quebrantada y de apoco escribir en imágenes, lo que alguna vez pasó, una herida que traspasó piel, edad y silencios.

Siento que C logró expresar emociones libremente y expresarse usando su creatividad en un espacio seguro y contenedor.

31 KRAMER, Edith, 1982 *Terapia a través del Arte en una comunidad infantil*, Kapelusz, Buenos Aires [1958, USA] .

BIBLIOGRAFIA:

Referencia bibliográfica:

- 1.-BLOCH,D. "So the witch won't eat me" fantasy and the chil's, fear of infanticide.Honghton Mifflin Co, 1978.
- 2.-CALLEJON C. M, GRANADOS C. I. *Creatividad, expresión y arte: terapia para una educación del s.XXI, un recurso de integración*.Escuela abierta,6. 2003.
- 3.-MRINOVIC, M. *Las funciones psicológicas de las artes*. Publicado en letras de Deusto, Vol.24, N°62. Enero-Marzo 1994.
- 4.-HAWORTH,M.R. Child psychotherapy. Basic Books, 1974.
- 5.-KRAMER, Edith, 1982 *Terapia a través del Arte en una comunidad infantil*, Kapelusz, Buenos Aires [1958, USA] .
- 6.-LOWENFEKD,V. Creative and mental growth(3rd. Ed.) Macmillan and Co. 1957.
- 7.-ULMAN, E., 1961 "Art therapy: problems of definition", *Bulletin of Art Therapy* 1.
- 8.-ULMAN, E, and Dachinger (Eds.) Art therapy in theory and practice, New York, Schocken,1975.
- 9.- SAGGAR Carol, "Working with cases of child sexual abuse", En: Case Caroline, Dalley Tessa.

Artículos de revistas:

1.-Art Therapy: Journal of the American Arth therapy association, artículos , tales como:

Vol.14,N°4,p.15-22. Año 1997.

Vol.19, N°1,p.12-21. Año 2002.

2.-COHEN J, MANNARINO A. Interventions for sexually abused children: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment: Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children* 1998; 3: 17-26.

3.- *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 11, no. 26. CEM, Centro de Estudios de la Mujer, Universidad Central de Venezuela, Caracas: Venezuela. enero-junio. 2006

Tesis:

CASTILLO Montt. Bernardita. Arte terapia al servicio del proceso de reparación de una adolescente en riesgo social con abuso sexual en la infancia. Monografía. (Postítulo en terapias de arte, mención arte terapia). Santiago. Chile. Universidad de Chile. Facultad de arte. Escuela de Post Grado. 2007.

Recursos bibliográficos en línea:

1.-Diccionario etimológico de Chile. [En línea] <<http://etimologias.dechile.net/?imagen>> [consulta: febrero 2011]

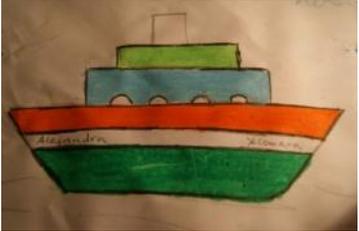
- 2.- REVISTA The New York Times collections [en línea] <http://www.nytimes.com/1996/02/10/world/edward-adamson-84-therapist-who-used-art-to-aid-mentally-ill.html> [Consulta: enero 2011]
- 3.- Museu imagens do inconsciente . [en línea] <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/html/historia.html> [Consulta: febrero 2011]
- 4.- TORRES, Eduardo. Taller de arte terapia en el tratamiento de una adolescente con fobia social. Monografía. (Postitulo en terapias de arte, mención arte terapia). Santiago. Chile. Universidad de Chile. Facultad de artes. Escuela de Post grado. 2005. <http://www.scribd.com/doc/7235257/25/Etapas-del-Proceso-Arte-Terapeutico>.> [Consulta: febrero 2011]
- 5.- REVISTA Digitalis. REYES.P. *Arte terapia en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos: reflexiones, evidencias y retos*. [en línea] <http://www.e-digitalis.com/articles.php?id=126> [Consulta: febrero 2011]
- 6.- Dra. Olgúí D. María Rosa., Ginecología Pediátrica, Hospital San Borja-Arriarán. [en línea]. http://www.pediatraldia.cl/01PORSUBIR/abuso_sexual_a.htm [Consulta: febrero 2011].
- 7.- PACHECO Manuel. REVISTA Tecnica [en línea] <http://revistatecnic.net/articulos/2008/04/hello-world/> [Consulta: febrero 2011].
- 8.- INSTITUCIÓN Maria Ayuda [en línea] http://www.mariaayuda.cl/item.php?id_categoria=20 [Consulta: febrero 2011]
- 9.- ENCICLOPEDIA Wikipedia [en línea] http://es.wikipedia.org/wiki/Arte_terapia#Enfoque_junguiano [Consulta: febrero 2011]
- 10- REVISTA Apsique [en línea] <http://www.apsique.com/wiki/PersTransferencia> [Consulta : febrero 2011]

- 11.- ACHNU, Asociación Chilena Pro Naciones Unidas. Informe situación infancia en Chile. "Día Mundial para la Prevención del Abuso Infantil". [en línea].
<http://www.achnu.cl/data/images_upload/publicaciones/1132312314710711105134121491575.pdf> [Consulta: marzo 2011]
- 12.-MEDWAVE. Revista biomédica electrónica.
<<http://www.medwave.cl/perspectivas/PedSBA2006/2007/4/1.act>> [Consulta: febrero 2011]
- 13.- REVISTA. El cultural.es [en línea]
<http://www.elcultural.es/version_papel/ARTE/13214/Arte_al_servicio_de_la_locura> [Consulta: abril 2011]
- 14.- **MARTÍNEZ Noemí.** La formación del y de la arte terapeuta en España y Europa [en línea] <http://www.asanart.es/docs/nuevos_caminos.pdf> [Consulta: marzo 2011]

Anexo:

Material gráfico: Cuadro resumen de las obras del proceso terapéutico.

FASE INICIAL:

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
 <p data-bbox="347 1066 626 1100">Primer acercamiento.</p>	 <p data-bbox="781 1056 1130 1192">Vuelve a rasgar el material y utiliza más de una capa de pintura.</p>	<p data-bbox="1170 793 1377 827">Fiestas patrias.</p>
 <p data-bbox="347 1501 509 1535">Sus huellas.</p>	 <p data-bbox="781 1528 1133 1612">Esas huellas o marcas son las del masking tape.</p>	

		
<p>Capas de pintura y trabajo de pintura a dedos. Rasga con sus uñas.</p>		

FASE INTERMEDIA:

Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6
 <p>Trabajo de un solo color.</p>		 <p>Aun muestra exceso de material en sus trabajos.</p>
 <p>Experimenta con nuevos materiales. Collage.</p>	 <p>Hace dibujos acordes a su edad.</p>	

Imágenes maternas.		
 <p data-bbox="272 619 565 751">Las imágenes son tapadas con capas de pinturas.</p>		

FASE FINAL:

Sesión 11	Sesión 12	Sesión 9	Sesión 13
			<p>... el es... a una figura humana ... comienza a formar la figura... correspondiente a su edad.</p>
<p>Sesión 14 Esquema corporal 2.</p>	<p>Sesión 15</p>	<p>Sesión 16</p>	
			<p>Figura de masa de sal. Simbolizando una herida. Menciona que le gusta trabajar con las texturas.</p> <p>Trabajo de gran formato. La Coloca puntos azules de casa. tempera para luego realizar</p> <p>Trabajo en pequeño Como le gusta trabajar y formato. Final. envolver con masking,</p>
			<p>el ci... n a su... tar... cro</p>
			<p>57</p>

Alejandra Aldunce Cossio.

Universidad de Chile.

Arte terapia y Abuso sexual.

Postitulo en Arte terapia 2010-2011.