



Universidad de Chile
FACULTAD DE ARTES

Universidad de Chile
Facultad de Arte
Escuela de Postgrado

ARTETERAPIA Y ESQUIZOFRENIA

MONOGRAFÍA POSTÍTULO DE ESPECIALIZACIÓN EN TERAPIAS DE ARTE
CON MENCIÓN EN ARTETERAPIA.

Gonzalo Fabres Espinoza

Profesora Guía: Pamela Reyes.

Julio 2011

A mis hijos Pablo y Daniel, por su eternidad en mí, a mi esposa, puntal de mis sueños.

INDICE

	Páginas
I Introducción	4
II Marco Teórico	5
-Trastornos Mentales Severos	5
-Esquizofrenia	7
-Esquizofrenia Paranoide	7
-Magnitud del problema	8
-Una mirada al modelo Biopsicosocial	8
-Arteterapia	9
-¿Como favorece el Arteterapia a Personas con esquizofrenia?	12
-Vínculo Terapéutico	15
III Estudio de caso	17
-Contexto	17
-Selección del caso	17
-Anamnesis	19
-Genograma	20
-Objetivo de la intervención Arte terapéutica	21
-Objetivo del tratamiento de la U. de Rehabilitación	21
-Objetivos Específicos	21
-Antecedentes del caso	21
-Setting y encuadre	23
IV Análisis del Proceso Terapéutico	25
-Fase inicial Sesiones 1ª a la 4ª	25
-Fase intermedia Sesiones 5ª a la 13ª	31
-Fase final Sesiones 14ª a la 16ª	42
V Conclusiones	45
VI Bibliografía	51
VII Imágenes	52

I Introducción

Esta monografía es el trabajo final para optar al postítulo de Terapias de Arte, mención “Arteterapia”, trabajo basado en el estudio del proceso arteterapéutico de “G”. con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, proceso llevado en 16 sesiones, de una hora semanal, durante cuatro meses.

El marco teórico comienza por definir y revisar las enfermedades calificadas de “trastornos mentales severos” MTS, dentro de estas la esquizofrenia y en forma específica, el diagnóstico de G. de esquizofrenia paranoide, su sintomatología, sus procesos mentales, afectos y capacidades relacionales.

Se analizarán también, definiciones de arteterapia, su historia, antecedentes en este tipo de intervenciones, el proceso terapéutico a partir del vínculo logrado entre paciente y terapeuta, la función del “triángulo terapéutico”, el setting planteado, modalidad y encuadre, las distintas fases o etapas de este proceso, calificadas como inicial, intermedia y final, y de los logros a nivel conductual, afectivo y del pensamiento observados y manifestados por G, su familia y profesionales del equipo de rehabilitación, durante el proceso de arteterapia, finalmente conoceremos los objetivos generales y específicos planteados por los profesionales responsables de G. en el contexto hospitalario, así como el objetivo general en el proceso arte terapéutico.

En el estudio de caso veremos el contexto del área de rehabilitación del hospital “Barros Luco”, lugar dónde se realizó la práctica profesional y de cuales son sus funciones y objetivos enmarcados según prácticas nacionales, por el MINSAL.

II Marco Teórico

Para iniciar la revisión del Marco Teórico de este trabajo, comenzaremos por describir los denominados, Trastornos Mentales Severos (T.M.S.)

Trastornos Mentales Severos

El término Trastorno Mental Severo, es una nomenclatura nueva que incluye a aquellas personas que sufren una enfermedad mental severa y de larga duración, para determinar cuales son estas personas se considera el tipo de evolución o curso de la enfermedad, duración del trastorno, síntomas y el deterioro en su vida social y que implica un variable grado de discapacidad y disfunción, así va quedando atrás el termino trastorno mental crónico, que tenía una connotación negativa y muy estigmatizadora de este grupo de personas, así lo refiere la revista de AEN de (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2002). Dentro los elementos que se consideran para determinar si un trastorno mental pertenece o no a la categoría de TMS se encuentran:

- a) El Diagnóstico: Incluye los trastornos psicóticos (se excluyen los de origen orgánico) y algunos trastornos de personalidad.
- b) Duración de la enfermedad. Al menos dos años.
- c) Presencia de Discapacidad: afectación moderada a severa del funcionamiento laboral, social y familiar.

Este último punto es de gran relevancia ya que las personas que padecen un TMS ven mermadas de manera importante tanto las conductas de autocuidado como las relaciones interpersonales.

A continuación se describen las características que finalmente dan cuenta de la discapacidad derivada de la enfermedad mental:

- a) Autocuidado: falta de higiene personal, deficiente manejo del entorno, hábitos de vida no saludable.

b) Autonomía: deficiente manejo del dinero, escasa capacidad de uso del tiempo libre, dependencia económica.

c) Autocontrol: déficit en el manejo de situaciones de estrés.

d) Relaciones Interpersonales: falta de redes sociales, inadecuado manejo de situaciones sociales, falta de habilidades sociales.

e) Funcionamiento cognitivo: Dificultades en la atención y concentración y en el procesamiento de la información.

Para comprender los TMS, Reyes, (2003, pp.6) plantea que: “los trastornos psicóticos y de personalidad, si éstos mantienen un tiempo de tratamiento por sobre los dos años y si provocan una discapacidad en el funcionamiento del paciente, tanto social, como familiar, laboral, etc., corresponderían a la clasificación del DSM IV. Los TMS incluyen a las esquizofrenias y otras psicosis, como son, el trastorno esquizoafectivo, esquizofreniforme, delirante, psicótico breve, etc. Reyes (2003, p.6)

Los Trastornos Mentales Severos (TMS) son aquellos donde las características fundamentales compartidas por estas clasificaciones diagnósticas son: “incapacidad para distinguir realidad interna y externa, pérdida del sentido de realidad, alteraciones importantes en las funciones mentales y en la conducta, graves dificultades en la comunicación”. (Errázuriz citando a Grienberg , 2010, p.6).

Esquizofrenia:

Los criterios para el diagnóstico de la esquizofrenia según el DSM IV son:

Dos o más de los siguientes síntomas:

1. Alucinaciones
2. Lenguaje desorganizado
3. Ideas delirantes
4. Comportamiento catatónico.
5. Síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo.

El DSM IV Distingue diferentes tipos de Esquizofrenia: Paranoide, Catatónica, Hebefrénica, entre otras.

Esquizofrenia Paranoide:

Según el DSM IV, La característica principal designada a la esquizofrenia tipo paranoide "consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad" Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir, los temas persecutorios pueden predisponer al sujeto a la conducta suicida, así como a la violencia. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de EQZ, y este tipo de EQZ puede ser de mejor pronóstico en relación a la vida independiente y la reinserción social y laboral del paciente.

Criterios diagnósticos del DSM IV de EQZ tipo Paranoide:

- Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

- No hay lenguaje desorganizado ni comportamiento catatónico, ni afectividad aplanada o inapropiada.

La esquizofrenia paranoide, escribe A. Roa (Psiquiatría 1981 p 44.), “se configura en torno a los diversos delirios, sobre todo el de influencia, que lleva a la despersonalización. El carácter básico de estas ideas delirantes es el de surgir como evidencias absolutas desde el fondo psíquico sin que el enfermo pueda o intente probarlas con argumentos lógicos o referencia a la experiencia objetiva.”

Es importante considerar que hay elementos transversales a los distintos tipos de EQZ como es la falta de propositividad vital, inconsistencia frente a actividades cotidianas, lógicas autistas, son estas características las que tienen un impacto en las actividades de la vida diaria así como en las relaciones sociales, ya sea familiar, académica o laboral.

Estos elementos presentes en una persona que padece esquizofrenia, nos presentan un individuo “con aspecto vacío, descuidado, ajeno al ambiente, reconcentrado en sí mismo” (A. Roa, 1981, p 46)

Magnitud Del Problema:

De acuerdo con los valores señalados en estudios internacionales, la incidencia de la esquizofrenia en Chile se puede calcular en 1,02 % casos nuevos por año. En otro ámbito, la esquizofrenia y otras psicosis son responsables del 1,87% del total de años de vida perdidos por muerte prematura y discapacidad en Chile. (Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud). Según lo anterior la importancia de una intervención que aborde las tres dimensiones que influyen en la enfermedad, se hace muy necesaria.

Una Mirada al Modelo Biopsicosocial

Actualmente las personas que sufren de una discapacidad, ya sea física o mental, no son solamente abordadas por la mirada médica, surgiendo una integración con otras áreas como es la psicología y el área social, generándose de este modo un concepto y un modelo integral de trabajo.

El Modelo Biopsicosocial es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad, que postula que el factor biológico, psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad.

La unidad de rehabilitación del Hospital Barros Luco, trabaja desde este enfoque, siendo allí donde el proceso que se inicia con G. a partir de la práctica profesional de Arteterapia, con su particular forma de trabajo a través del arte, pretende ser un aporte para el usuario, potenciando justamente las dimensiones psicológicas y sociales.

Arte Terapia

La terapia artística inició su desarrollo en los talleres artísticos en países europeos y EEUU. Donde una serie de acontecimientos de diversos orígenes darán forma a una nueva disciplina, así nace el Arteterapia con la vocación de hacer posible el desarrollo de procesos terapéuticos significativos a través del arte.

Es así como la psicoanalista Margaret Naumburg aparece como una de las pioneras del Arteterapia, siendo la primera en utilizar el proceso artístico de manera sistemático, posteriormente Edith Kramer en 1950 comenzó a trabajar con niños, destacando la capacidad terapéutica de la práctica artística en sí misma. (Foro Iberoamericano de Arte terapia).

Desde entonces esta disciplina se ha desarrollado y consolidado cada vez más apoyada tanto en la práctica como en la teoría por diversos autores y estudiosos, siendo actualmente utilizada en un amplio espectro de la salud, especialmente en salud mental.

Al intentar definir Arteterapia debemos considerar, por un lado la concepción moderna de la definición de arte, como la “dimensión estética de la producción humana”, “aislándola de otros factores que conciernen a la utilidad, al sentimiento religioso, a la expresión psicológica.” “Las obras de arte catalogadas como bellas artes son objetos cuyas cualidades sensibles son más importantes que las de su uso, y que su especificidad es ser admiradas” (Pain, 2008, p 14). En cuanto a la terapia, la misma

autora plantea que “la práctica psicoterapéutica supone la presencia de un síntoma, de un comportamiento que debe ser comprendido y transformado.” Además plantea que “el sufrimiento es una señal”.

Para Pain el arteterapia es una actividad que se realiza en nombre del arte pero que no es arte propiamente tal, sino “que el arte concebido como una metáfora, algo que se asemeja al arte” “el arteterapia demanda del arte un servicio útil proyectando sobre él la propia posibilidad de curación”.

“La actividad artística se transforma así en representación dramática de la intención creativa del sujeto. Es en esta duplicidad donde encontramos la eficacia terapéutica de esta modalidad clínica” (Pain 2008, p 15)

Otra autora, como la Arte terapeuta Tessa Dalley, plantea que el Arte Terapia se considera como el uso del arte en un contexto terapéutico, siendo lo más importante la persona y el proceso donde el arte se utilizaría como un medio de comunicación no verbal. (Dalley, 1987, p. 14). A esto podemos agregar que el Arteterapia es una disciplina especializada en acompañar, facilitar y posibilitar un cambio significativo en la persona mediante la utilización de diversos medios artísticos: Atendiendo a su proceso creativo, a las imágenes que produce y a las preguntas y respuestas que éstas le suscitan. (Foro Iberoamericano de Arte terapia)

La misma autora, (Dalley 1987, p15), manifiesta que, “La actividad artística proporciona un medio concreto, no verbal, a través del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico”.

Como vemos en las definiciones presentadas, encontramos el concepto de creatividad dentro de lo que es el arte terapia, y según Dalley, cualquier enfoque teórico de la terapia artística debe tener en cuenta la noción de creatividad. Anthony Storr ofrece una definición simple y concreta que evidencia la importancia de la transformación en el proceso creativo.: “La creatividad es la capacidad de hacer que exista algo nuevo para la persona” (Dalley, p.19, Storr, 1972:11)

A si mismo, Reyes, citando a Drevdhal, 1968, manifiesta que la creatividad es: “la capacidad humana de producir resultados mentales de cualquier clase, nuevos en lo esencial y anteriormente desconocidos para quien los produce. Puede tratarse de obras de la imaginación o de síntesis de pensamientos que no constituyan un mero resumen de estos pensamientos. La creatividad contempla la formación de nuevos sistemas y nuevas combinaciones a partir de datos conocidos, así como la transferencia de relaciones conocidas a nuevas situaciones y la formación de nuevas correlaciones. La actividad creativa debe ser intencionada y apuntar a un objetivo. Es decir, no debe ser inútil, aunque el producto no tiene por qué estar completamente acabado ni listo para su inmediata utilización. Puede adoptar una forma artística, literaria o científica o ser de carácter técnico o metodológico”.

A su vez, Morales (2007 p.18), plantea que “el proceso creador ayuda a lograr los objetivos que toda terapia persigue: provocar cambios fundamentales y permanentes ante un desequilibrio humano, en la personalidad o la forma de vivir (Ulman, 1987). Así la terapia se diferencia 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” (Ulman, 1961 citado en Dalley, p.15), una clara definición del concepto de creatividad en el ámbito de la salud, es:

“La creatividad es el principal elemento integrador y de crecimiento que posibilita la efectividad de estas técnicas, y que una adecuada aplicación, de las orientaciones metodológicas posibilita la obtención de éxitos en torno al crecimiento de la salud.” (Elina de la Llera Suárez y Wilfredo Guibert R.)

Morales revisando a distintos autores como D. Winnicott, plantea que la creatividad es una cualidad inherente al ser humano, la que puede estar inhibida en personas que sufren de un trastorno mental severo, pero no inexistente, y que estas personas pueden acceder a un estado creador. (Winnicott 2000, citado por Morales 2008)

¿Cómo Favorece el Arteterapia a personas con Esquizofrenia?

Antes de enfocarnos en los beneficios de Arteterapia en pacientes con esquizofrenia, revisaremos algunas publicaciones (citadas en memoria de Morales 2007) que dan cuenta de los efectos terapéuticos del Arteterapia en los TMS, comprendiendo que efecto terapéutico, “es el resultado de una intervención terapéutica dirigida a un individuo y que repercute en la salud mental de éste” (Goldie, 2006, citado por Morales).

El arteterapia para Greenwood (1997), crea un clima dentro del cual ellos pueden crecer y posiblemente desarrollarse desde el punto de vista psíquico, la autora plantea la presencia de un ego inmaduro en personas que padecen de un TMS, cuyas defensas utilizadas serían generalmente sicóticas. Greenwood (1997), se basa en la clasificación de las defensas, presentadas por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1987 que las divide en sicóticas, inmaduras, neuróticas y maduras. Para la autora el trabajo arte terapéutico con personas afectadas de algún TMS, es facilitar la “maduración del ego”, en términos defensivos, dónde la relación terapéutica debe ser verdadera, flexible, empática, comprensiva, confiable y contenedora de las angustias del paciente, facilitando en éstos comprender y manejar sus defensas de tal manera que sean “menos patológicas”, más previsibles y soportables a las demandas del medio. La autora trabaja incentivando cuidadosamente la creatividad de estos pacientes, para que desde la creatividad, las defensas maduras crezcan y estén más disponibles para ellos, lo que incidiría en la madurez del ego.

Para la arte terapeuta británica K. Killick (1997), los pacientes con psicosis presentan un estado mental en el cual hay un fracaso de la contención, una desintegración, la autora plantea a partir de su experiencia con pacientes psicóticos en el trabajo de arteterapia, que estos se encuentran en un estado de desintegración, lo concreto de los materiales utilizados, los objetos y transacciones en medio del setting arte terapéutico, ayuda progresivamente a establecer un campo interaccional en el cual la identificación intrusiva que utiliza el paciente, podría constituirse en gestos y ser reconocido como comunicaciones potenciales por el terapeuta. La misma autora, indica que personas en etapa aguda de la psicosis y que experimentan ansiedades catastróficas, tienden a utilizar el arte “como un medio de identificación intrusiva, es

decir, como un camino de fuerte evacuación de las intolerables ansiedades en los objetos de arte”. Para Killick (1997), en los primeros momentos los objetos de arte cumplen la función de contener los elementos internos que el paciente evacua, la violencia de la identificación intrusiva, es absorbida sin dañar al paciente ni al terapeuta, la autora señala que este trabajo podría durar años, hasta que el paciente este listo para hablar sobre sus trabajos y pueda relacionarlos con la mente del terapeuta, lo que ayudaría a la “integración del ego”, agrega que el rol del terapeuta es su presencia y disponibilidad para el paciente, siendo esto más importante de lo que pueda decirle el terapeuta, por lo que, el tono de voz, gestos y la atmósfera emocional generada por el terapeuta cobran relevancia.

La mayoría de las personas que sufren esquizofrenia, que cuenten con un tutor y que su red de salud les provea tratamiento, son en su mayoría tratados farmacológicamente, sin embargo, por la gravedad de los síntomas, estos suelen mantenerse a pesar de estos tratamientos (Johnston 1998, citado por Ruddy, R y Milnes D.). Además los medicamentos ayudan a mejorar y mantener controlados los episodios alucinatorios, de agresividad, estos no tienen mayor impacto en la búsqueda de una mejoría en las esferas afectivas y sociales del paciente, en este sentido el Arteterapia viene a ser una valiosa oportunidad, si bien no de mejoría del cuadro de base, sí es de alivio, de contención, de estructura, de contacto interpersonal, así como de expresión de los afectos. El Arteterapia le permite al paciente explorar su mundo interior de una manera no amenazadora a través de una relación terapéutica y del uso y exploración de materiales artísticos. El arteterapia es una terapia de apoyo, Pinsker (2002) señala que la terapia de apoyo tiene como principal objetivo el reducir síntomas, restaurando y mejorando la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas.

Reyes, (p.111) citando a Killick, dice que “hay tres áreas que son relevantes cuando se trabaja con personas esquizofrénicas: Estas son las comunicaciones interpersonales, las intermediarias y las intrapersonales, éstas áreas de comunicación están interrelacionadas y ejercen una influencia continua entre sí.

El área intrapersonal se refiere al potencial para la creación de imágenes y el terapeuta la mantiene con el paciente. Dentro de esta área el paciente desarrolla una interacción única con los materiales artísticos que pueden curar la formación de símbolos.

El área intermedia se relaciona con los fenómenos transicionales descritos por Winnicott, ésta área intermedia crea un área de juego en la que el paciente puede experimentar con objetos en una actividad simbólica y aprender que no tiene efectos concretos sobre ellos mismos o el terapeuta.

Por último el área interpersonal, es la relación entre el paciente y el terapeuta que incluye las imágenes. La carpeta o lugar que contiene las imágenes o la ausencia de ellas es importante para mantener el vínculo entre terapeuta y paciente.”

La relación terapéutica, las obras de arte y el espacio de trabajo, ayudarían de manera importante a fortalecer aspectos del yo en pacientes psicóticos, los cuales por definición tendrían alterados los límites del yo así como los límites entre realidad externa e interna.

Dentro de los beneficios que aporta una terapia de arte con personas con TMS esta el hecho de que estimula una autoimagen positiva, demostrando sus capacidades y cualidades, así como la sensación de logro, Dalley (1987)

Otro aspecto que se ve favorecido es el desarrollo de la concentración y las destrezas manuales y creativas, así como la organización y motivación, en el conjunto del trabajo artístico.

Dentro de los beneficios también se describe, Dalley (1987), la posibilidad que tiene el paciente de establecer mayor contacto consigo mismo y con la experiencia de su propio valor, en la confianza y competencia personal, se establece una notable gratificación en las actividades artísticas que, “le permiten regresar a la vida, emerger como persona”.

La posibilidad de ejercer mayor autonomía por parte del paciente, es un valor que se agrega al arteterapia, aún cuando deba mantenerse un marco estructurado.

El Arteterapia, introduce en el proceso de trabajo un marco de normalidad, toda vez que la creación artística es natural a todo ser humano, además de desarrollarse dentro de un espacio, día y hora establecidos.

En pacientes esquizofrénicos la simbolización está inhibida y la capacidad de abstracción como función cognitiva superior está disminuida o bloqueada, el arte terapia favorece el tomar cierta distancia de la obra por parte del paciente y revisar lo que allí ha plasmado en un espacio no amenazador, siendo este otro beneficio de la terapia de Arte.

Para Dalley (1987, p.262), muchos de estos pacientes “han perdido el contacto con sus propios sentimientos, y sus experiencias les han llevado a proyectarse a si mismos de una manera estereotipada y a menudo ambigua, que les es peculiar. La pintura y el dibujo, el empleo de formas, colores y símbolos constituyen poderosos comunicadores y proporcionan un nexo más directo con la forma de ser del individuo”.

Vínculo Terapéutico

Desde el primer momento en que G., ingresó al espacio terapéutico, mi acogida y bienvenida fueron el inicio de la terapia, las sensaciones y emociones que me provocó, a partir de su imagen indefensa y su forma de relacionarse, generaron una empatía espontánea.

Rogers (1976), en su enfoque psicoterapéutico centrado en el cliente, señala tres factores -calidez, empatía y autenticidad-, los considera esenciales para la apertura y la confianza en la relación, facilitando el progreso terapéutico. La empatía según plantea este autor, es la actitud frente a la dignidad del cliente, es la aceptación incondicional y el respeto que se le tiene, factor que debe estar “enraizado en la personalidad del terapeuta”, a su vez, esta característica es reconocida y vivenciada por el cliente.

Demostrar interés personal, entender sus necesidades y que este lo comprenda, dedicarle el tiempo y estar dispuesto a escucharlo y responder sus preguntas utilizando un lenguaje comprensible para él. El otro factor es la autenticidad o sinceridad que

implica poder escuchar al cliente sin recelos o prejuicios y la calidez, que es percibir a la persona tal como es, generando la confianza para que el cliente se sienta capaz de abrir sus experiencias y sentimientos. (Vásquez, Aproximación a la Psicoterapia de C. Rogers)

A partir de este primer encuentro comienza a desarrollarse un vínculo que permitió, no solo establecer el encuadre, sino también favoreció la confianza que G. necesitaba para iniciar y mantenerse durante el tiempo que se proyectó el trabajo.

El vínculo según nos plantea Orlinsky (1994), citado por Reyes (pp:110) “es el compromiso interpersonal o alianza entre paciente y terapeuta, que refleja las contribuciones a la calidad y atmosfera global del proceso entre dos que emerge”.

El vínculo abarca la calidad afectiva de la relación entre paciente y terapeuta, es decir los sentimientos de agrado, cuidado y confianza que ambos comparten. (Gaceta de Psiquiatría Universitaria) y solo en la medida que esta condición se de, podrán ser alcanzadas las metas que ambos se han propuesto.

El vínculo en arteterapia esta orientado hacia la “relación triangular”, esta según plantea Reyes (2003), “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.”

Por otra parte Kleine (2006), refiere que el triangulo terapéutico, está presente durante cada sesión, esta implica la relación triangular, paciente---obra---terapeuta, dónde la obra es el mediador entre ambos, “la obra ilumina las palabras”

Dentro de la relación triangular en arte terapia, el arte se utiliza como medio a través del cual se desarrolla dicha relación (Dalley), en este sentido el trabajo artístico fue el “puente” de comunicación entre G. y el arte terapeuta que permitió un mejor desarrollo de la comunicación a nivel concreto y afectivo.

En el proceso de trabajo la relación entre terapeuta y paciente adquiere una importancia central, el que se ve influido también por el entorno terapéutico, el espacio seguro, dónde se desarrolla y crece la relación entre paciente y terapeuta.

Dentro del vínculo entre paciente y terapeuta, se integra otro elemento que es el trabajo visual, así como el espacio de trabajo, es en este contexto de complementos donde se desarrollará el proceso arte terapéutico.

Es importante destacar que dentro del vínculo terapéutico está presente el lenguaje no verbal, en este punto el psiquiatra, Reyes (2003) cita a Watzlawick, este plantea que “todo acto humano siempre comunica”, en este sentido, el arteterapia es una alternativa de expresión no verbal, donde la elaboración de imágenes visuales, permiten al paciente plasmar pensamientos con formas definidas o no definidas, claras o no claras, que dan contenido y forma al proceso terapéutico, considerando lo anteriormente mencionado, la relación interpersonal entre paciente y terapeuta, gestos, movimientos, humores, formas del uso y exploración de los materiales, sensaciones observadas, el espacio terapéutico, conforman en su conjunto una comunicación e interrelación que es definitivo comprender y atender en pos de una mejor terapia.

III Estudio de caso

En el estudio de caso veremos el contexto donde se realizó la práctica, los antecedentes del caso, la anamnesis y los objetivos de la práctica.

Contexto:

Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Barros Luco, es lugar dónde se atiende a usuarios con trastornos mentales severos (T. M. S.), derivados de las distintas redes de salud mental del área sur de Santiago con el objeto de ser reinsertados socialmente.

La inserción de la práctica profesional es desde la Universidad y la derivación del caso es desde el equipo de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial del Hospital.

La Unidad de Rehabilitación, depende técnicamente del Servicio de Psiquiatría Dr. Juan Marconi Tassara y administrativamente pertenece al Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) del Complejo Asistencial Barros Luco (CABL). Brinda atención ambulatoria de rehabilitación psicosocial a la población del área sur de la Región

Metropolitana derivada desde el nivel secundario de atención en psiquiatría. Esta Unidad da cobertura a 80 usuarios aproximadamente, los que asisten con relativa constancia a sus terapias y actividades.

La unidad de rehabilitación está compuesta por:

Directora (Terapeuta Ocupacional)

Terapeuta Ocupacional

Psicóloga

Mediador Familiar

Asistente Social

Monitora

Secretaria

Físicamente la Unidad de Rehabilitación se encuentra al interior del Hospital Barros Luco, geográficamente ubicado en la comuna de San Miguel.

Es interesante comprender cuales son los objetivos que enmarcan los Principios y Valores contenidos en las normas técnicas de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial, a los cuales se suman los objetivos de la práctica realizada en Arteterapia.

Esta plantea que la rehabilitación es ante todo, “un proceso de cambios que va experimentando la persona, de manera única y personal, y que la lleva a definir un nuevo sentido y propósito en la vida. Este proceso requiere la asistencia personalizada de otro a lo largo del tiempo y está conformado por logros y dificultades, avances y retrocesos”.

También dice que “La rehabilitación promueve la autonomía de la persona al mayor grado posible, de acuerdo a sus necesidades y a los recursos que su entorno puede proveer. Rehabilitarse en términos concretos tiene un significado y resultado particular para cada individuo. Lo anterior implica que no sólo el sujeto debe adecuarse a los parámetros de normalidad, sino también el entorno debe poder modificarse y ofrecer

los soportes necesarios para que se desempeñe en un ambiente en condiciones de igualdad". (Normas Técnicas de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial, 2007)

La Unidad de Rehabilitación trabaja con pacientes derivados, grupo integrado con características diagnósticas comunes, enmarcadas en los denominados trastornos mentales severos.

Selección del caso

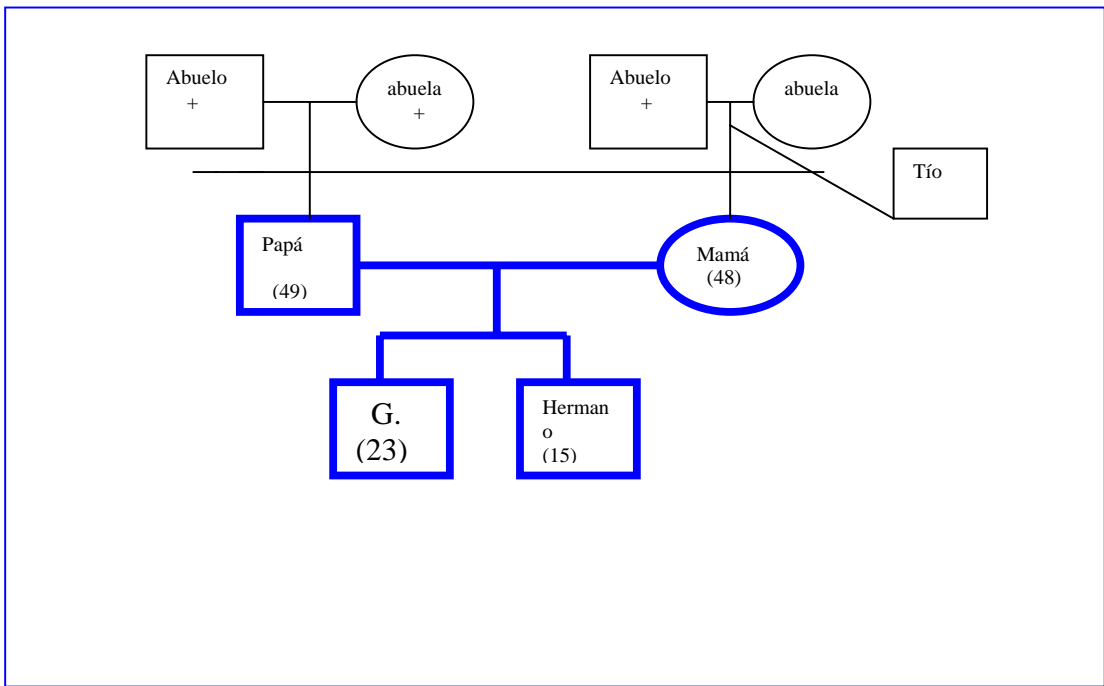
El paciente fue seleccionado de acuerdo al diagnóstico y lo observado en el contexto, por la terapeuta ocupacional responsable.

El diagnóstico de Terapia Ocupacional, para la derivación a terapia artística, es déficit en habilidades sociales, requiere de estructura, en su rutina es pasivo, sin mayor compromiso con las actividades que realiza y con escaso control de impulsos con sus pares.

Anamnesis

Nombre: G.A.C.
Fecha de N.: 30-09-1987 (23 años).
Ingresa al programa hospitalario: 04-05-2010.
Escolaridad: 7º EGB.
Estado Civil: Soltero.
Medicamentos: Clozapina, Sertralina, Haloperidol y Clonazepam
Diagnóstico: Trastorno clínico, Esquizofrenia-paranoide.

Genograma



En azul, grupo familiar con el cual G vive.

Objetivo de la intervención en Arte Terapia:

Favorecer el desarrollo de las habilidades sociales a través de la actividad plástica y terapéutica.

Objetivo del tratamiento de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial:

1. Activación de la rutina personal en el desempeño del contexto laboral.
2. Mejorar las RIP (relaciones interpersonales) control de impulsos, ajuste contractual en contexto, asertividad, estructura y límites.

Objetivos Específicos:

- Integración al equipo de trabajo de amasandería.
- Estructurar rutina de contexto.
- Ajuste contractual de contexto.

Antecedentes del caso:

El tiempo de evolución de la enfermedad en G., es desde los 13 años, demostrando mucha agresividad en el colegio, y en la casa volviéndose incontrolable. Ha sido dos veces hospitalizado en H. Sotero de Río. Vive con sus padres y hermano de 15 años, quien también sufre de psicosis. No existen antecedentes de abuso de drogas o alcohol por parte de G.

Las referencias familiares dan cuenta de familia poco afectiva y de precaria situación económica.

La madre de G se desempeña en trabajos esporádicos de tipo domésticos, como lavado y planchado. El padre tiene un trabajo estable, desempeñándose en empresa contratista, como técnico en instalaciones para la empresa VTR.

Las relaciones familiares, demuestran disfunción de roles, límites poco claros de los padres a los hijos, poca comprensión de la gravedad de la enfermedad de G de parte

de los padres, lo que origina retos y descalificaciones permanentes hacia G. El joven tenía una abuela con la que mantuvo contacto afectivo y de apego hasta el fallecimiento de ésta en la adolescencia de G. Con la abuela materna tiene actualmente una mala relación, viéndola ocasionalmente. Por los trabajos de los padres, G. se ve enfrentado a estar solo en la casa con su hermano adolescente quien también padece de psicosis, situación que provoca en él gran estrés.

La vinculación de G con el medio externo, es en la actualidad la Unidad de Rehabilitación psicosocial e Iglesia evangélica a la que asiste semanalmente.

G. es descrito según las observaciones y antecedentes del equipo de trabajo de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial, como un joven de conducta social desajustada, impulsivo, llegando a pelear con sus pares física o verbalmente, no teniendo la capacidad de resolver problemas relacionales, de origen doméstico. La Terapeuta Ocupacional (TO) manifiesta que G. no reconoce sus errores y es descalificador con sus pares

Según la madre, G. no está preparado para estar solo en la casa, el joven manifiesta tener problemas con sus vecinos y reacciona tirando piedras e insultando porque dice sentirse burlado y agredido por ellos, se estresa porque los niños que juegan a la pelota en el pasaje, o porque pasan autos y mueven las piedras de su antejardín, etc. Los antecedentes escolares dan cuenta de repitencia en el primer ciclo básico y que cursando el 7º básico, G. con 13 años se vuelve incontrolable para la escuela, siendo muy agresivo con sus pares aduciendo que hablaban y se reían de él, no respetaba límites, ni normas, lo que finalmente provoca hasta la fecha su salida del sistema escolar.

G. ha tenido la oportunidad de dos trabajos remunerados en distintas fábricas, en las cuales duró una semana en cada uno, por sentirse según manifestó, muy fatigado y mal mirado por sus jefaturas y compañeros. Estos trabajos fueron conseguidos por el padre de G, no considerando al joven en su enfermedad, ni en sus capacidades laborales.

En definitiva la convivencia familiar está caracterizada por la descalificación permanente, agresividad verbal y psicológica con un hermano adolescente enfermo, siendo éste internado dos veces por psicosis.

G. no tiene acceso a su pensión asistencial, lo que le provoca sentido de injusticia, rabia y de baja autoestima, con escasa y distorsionada capacidad en las habilidades sociales, da un resultado de fracasos, agregándose una convivencia familiar disfuncional que mantiene a G. en una ansiedad constante y con frecuentes crisis de pánico.

Dado el inicio precoz de la enfermedad en G. y los daños asociados es que podemos hablar que G. sufre de una esquizofrenia paranoide crónica,(daño residual) considerando además un tipo de familia que por la escasez de recursos ya sea de tipo personal como del ámbito socioeconómico, no logra contener al paciente, lo que se traduce entre otras cosas en no solicitar ayuda de manera temprana para G.

El paciente ingresa a la unidad de rehabilitación el 4/05/2010. Asiste de lunes a viernes entre las 8:30 y 16:00 hrs., siendo derivado por la unidad psiquiátrica del Hospital Sotero del Río, su actividad al interior de la unidad es repostería, además del conjunto de talleres que la unidad ofrece.

Setting y Encuadre



F1



F2



F3

El setting estuvo conformado por materiales gráficos, pictóricos, manuales, escultóricos y de desechos, soportes en cartulinas blancas y de colores, cartón piedra, corrugado, variados tipos de papel, revistas, todo esto con los materiales necesarios para el desarrollo de las actividades plásticas. El setting no varió en el curso de las sesiones, se intentó tener materiales nuevos y de buena calidad.

Se le informó en lo que consistiría la terapia de arte y del por que de los materiales artísticos. El encuadre se planteó desde el primer día, conviniendo con G. el día, la

hora de llegada y término de la actividad, la duración total de la terapia, me identifique como alumno en práctica del postítulo de Arte Terapia de la Universidad de Chile, y que nuestro trabajo será supervisado y acompañado por una profesora de la Universidad.

Las técnicas usadas han sido resultado de las características del paciente y han variado según la evolución de la terapia, estas son las siguientes:

No verbales, técnicas basadas en la observación activa de todo lo que sucede, acciones físicas, gestos, desde la entrada del usuario al “espacio seguro”, también conlleva, acogida, invitación, afecto.

Técnica Arte terapéutica de “modalidad no dirigida”, donde el usuario elige dentro de variedad de materiales con cuales quiere trabajar, así como lo que quiere hacer, es decir elegirá de manera libre y espontánea tanto materiales como los contenidos que le surjan. El enfoque “no dirigido”, favoreció en G.

Según plantea Killick (1997), que “en un primer momento los objetos de arte cumplen la función de contener los elementos internos que el paciente evacua”, agrega que, “es el primer camino en el cual, las distinciones entre realidad interna y externa son establecidos entre terapeuta y paciente”. La modalidad “no dirigida”, permitió estos planteamientos, permite al paciente su libre creación y expresión de imágenes, junto a una mayor exploración de los materiales.

IV Análisis del Proceso Terapéutico

Con G., se realizaron 16 sesiones, en modalidad no dirigida, (con excepción de una), con un amplio setting en materiales, gráficos, pictóricos, moldeables y de deshechos, los que intentan ofrecer al paciente, un mejor desarrollo de la expresión plástica, además de la exploración de los mismos y por sobre todo de su mundo interior.

Durante el proceso terapéutico, el usuario eligió variados materiales y según estos las técnicas de la obra, también ha sido ayudado por el terapeuta en práctica del mejor uso de los materiales y de la exploración de los mismos.

Las sesiones en sí transcurrieron sin incidentes de importancia, se vio interferido en dos oportunidades por la suspensión de G. al Hospital por problemas disciplinares, por lo que solicité la autorización respectiva para poder contactar a G. personalmente y citarlo a trabajar dejando en claro que después de la actividad de arte terapia no podía integrarse a su grupo habitual para mantener así la medida disciplinaria, en estas oportunidades G. accedió a asistir de buena forma y motivado, comprendiendo las condiciones y el contexto, lo que favoreció no perder la continuidad de la actividad.

A continuación se describirán las sesiones, las que han sido agrupadas en tres fases: Inicial, de Desarrollo y Fases finales.

Desarrollo de las Sesiones

1º a la 4º sesión (Fase inicial)

“Formando el vínculo, sintonizando, comprendiendo”

1ª sesión.



G. se presenta a la hora señalada, al ingresar a la sala se le observa nervioso, desconfiado, expectante. Dada las características señaladas de agresividad e impulsividad, lo invito a sentarse en la silla más alejada de la puerta, preocupado de reacciones inadecuadas, ocupo yo la silla más próxima a la puerta y así quedó establecido por el resto de las sesiones.

Lo invito a sentarse, le doy la bienvenida, me presento como estudiante en práctica de arteterapia, le agradezco su participación. Se presenta, no deja de mirar su reloj, (sin mirar la hora), se mira al espejo, (sin mirarse), mueve su lengua constantemente, es decir corresponden a movimientos estereotipados.

Se plantea el encuadre, parece comprenderlo, aunque sus preguntas al respecto son reiterativas. Así mismo lo oriento sobre la terapia de arte.

Lo invito a conocer el setting y a elegir los materiales y soportes que quiera, luego de seleccionar un pliego de cartulina española color celeste y lápiz grafito, comienza a trabajar en silencio.

Mi actitud es de observación y de atención a todo lo que ocurra, necesidades y en forma especial a su lenguaje no verbal, gestos, modos de relacionarse con los materiales y conmigo.

A ratos a modo de autoexplicación, G. dice, “estos son brazos, este el mar...”

Me solicita témpera color piel, pinta aparentemente unos rostros que parecen flotar en el mar o el aire.

El tiempo se hace breve, al cierre de la sesión G. no verbaliza su trabajo, tampoco lo mira, da la impresión que no le gustó.

Observo que G. en esta sesión logra focalizar mientras dibuja y durante ese tiempo no realiza ninguna de las estereotipias anteriores.

No existe verbalización del trabajo. Killick (1997, citada por Morales 2007), plantea que “en esta etapa el arte terapeuta tiene que abstenerse de ligar contenidos de las obras, ya que la obra plástica aún no se vincula a un proceso de comunicación con el terapeuta, sino más bien, busca contener los sentimientos y contenidos mentales intolerables para el paciente, siendo este además incapaz de elaborar un discurso coherente a las imágenes”. Nos despedimos de mano y lo invito para la próxima semana según lo conversado.

2ª Sesión. (1)

G llega tarde a la sesión, por lo que no se hace, conversamos, se le observa agitado, transpirado, se excusa diciendo que debe hacerse un examen mensual para ver el efecto de los medicamentos y de no tener claro el horario de esta actividad.

Frente a esto se replantea el encuadre, haciendo hincapié en el horario.

A partir de esta experiencia el día antes de la terapia, llamé sucesivamente a su casa todas las sesiones por teléfono, para recordarle que nos juntábamos al día siguiente, lo que fue muy efectivo y contribuyó con la formación del vínculo.

2ª sesión (2)

Las preguntas.



Esta vez G. aunque agitado, está más tranquilo, nos saludamos de mano, acomoda sus cosas y lo invito a elegir y explorar materiales.

Elige, como soporte cartón piedra, pinturas, pinceles, marcadores, otros.

La forma de trabajo de G. es desordenada, forma que mantiene hasta el final, toma y deja los materiales sin reparar en ellos, ni en sus cualidades, hace, dibuja, pinta, aparenta mucha desorganización, desorden, pero no desconexión de la obra. En esta segunda sesión G, mientras trabaja comienza a hacerme preguntas sin detener su creación:

¿Es casado?, ¿dónde vive?, ¿sabe de computación, tiene hijos, sabe de sistemas?, ¿que edad tienen?, ¿que edad tiene usted?

Respondo a cada una de sus preguntas, a ratos guarda silencio, continua su trabajo: Observo que tanto en su modo de elegir materiales, como en su obra y en sus intervenciones verbales hay elementos de disgregación, la elección de materiales esto se evidencia ya que toma los elementos al azar, sin relacionarlos unos con otros, sin pensar en la funcionalidad de estos, en esta dinámica de tomar o dejar materiales, intercala preguntas sin que tengan mayor relación entre una y otra.

¿Su casa es de uno o dos pisos?, ¿tiene perro?, yo tengo uno que es mezcla de un pastor alemán y uno salchicha.

G. habla muy rápido y sin buena dicción lo que significa hacer un gran esfuerzo por escuchar claramente lo que dice.

La sesión transcurre rápido, al término de la obra le pido a G que me hable de ella:

Es el universo, Júpiter, Saturno y esta la Tierra.

Es una explicación concreta de su obra, la capacidad de simbolización es a nivel concreto, no existiendo la capacidad de vincularlo con él mismo, sin embargo el trabajo plástico tiende a una organización, dentro de un aparente desorden. Ocupó el color y materiales sin tener dominio, ni conocimiento de ellos. Se siente conforme con lo realizado y yo reafirmo esa naciente confianza.

Pregunto, ¿como te sentiste hoy?, responde sin titubear, “mejor”.

Nos despedimos.

En este segundo trabajo en relación al primero aparecen elementos más integrados y comprensibles.

3ª y 4ª sesión



F6

Cada vez que G llega a las sesiones, le tengo expuestos sus trabajos anteriores, el se detiene brevemente en ellos, se ve que lo hace feliz, intento hacerlo sentir protagonista. Generalmente ingresa agitado, sudado, nervioso, con alguna estereotipia (moviendo la lengua, mirándose la ropa, moviendo las piernas en el lugar, poco conectado con el mismo)

Una vez que se sienta, le doy la bienvenida, lo acojo, lo calmo:

T: ¿Como estas, como fue la semana?, sus respuestas son generales, bien, mejor, más o menos, el también me pregunta. Una vez que está más calmado, lo invito a elegir materiales y soporte.

Nunca tuvo claro que iba a hacer, (con excepción de una oportunidad), pero con los materiales y soporte elegidos al azar, inicia el trabajo artístico de forma espontánea.

En esta ocasión G repite el trabajo que hiciera en la sesión anterior, pero en formato más pequeño, un paisaje espacial, dónde representa distintos planetas, en una atmósfera oscura y de relieves, usa plasticina, témperas, marcadores.

Siempre logra focalizar, se va tranquilizando, se ve entretenido y no se detiene hasta que lo considera terminado.

Los dos últimos trabajos de G, el mismo en distinto tamaños y en esta primera etapa, hacen percibir a G, iniciando una mayor vinculación con él mismo, en relación a su primer trabajo, que eran imágenes incomprensibles, donde el no manifiesta nada, ahora con una creación más comprensible, más real y con una vinculación importante con el terapeuta por medio de sus preguntas. Con estos trabajos su verbalización es

concreta y específica. También se observa su incapacidad de unir las imágenes y realizar un relato común a estos, a nivel concreto o simbólico.

Quiero destacar según plantea T. Dalley (1987), que “la expresión creativa espontánea, con un bajo nivel de confianza inhibirá dicha espontaneidad, por esto es importante proporcionar el apoyo y el estímulo necesarios para dar los pasos iniciales en la pintura, quizás estén buscando que se les convenza...” (cap.12 p 280). Durante todo el proceso terapéutico G. necesitó de la aprobación y estímulos positivos sobre su trabajo creativo y de la forma que lo estaba haciendo, por lo que fue permanente mi estímulo y reafirmación positiva sobre su obra.

Mientras trabaja, G, pregunta, cuenta, comenta:

“Hoy no tomé desayuno, pero me comí una sopaipilla y un chocman”.

¿Le pagan por venir?

Se me pasaron dos micros

¿Tiene TV cable?

Debo señalar que a cada pregunta que G me hizo, hubo de mi parte una respuesta respetuosa y real, confirmando así que para mi era importante lo que el me preguntaba.

De esta manera se fue generando un vínculo importante con G. dónde el humor, las reglas, la confianza, el conocimiento mutuo y por sobre todo el afecto, permitieron un mejor desarrollo de las siguientes sesiones.

Fase Intermedia 5º a la 12ª “Mirándose a si mismo”

5ª Sesión “ La Casa”



F7

Hoy G está más contento, más relajado, luego de la bienvenida, elige materiales, esta vez eligió medio pliego de cartón piedra y lápices pastel, una regla de ayuda, palitos de helado, silicona líquida, plasticina, témperas, pinceles de distinta medida.

Sin tener claro aparentemente lo que va a hacer, rápidamente comienza a trazar líneas que figuran una casa, pega palitos de helado, pinta pastel, dibuja un gran árbol, un paisaje, el cielo parece no resultarle con pastel, prueba con témpera. Se le observa muy entusiasmado y conforme.

Este sería el trabajo para él posteriormente más importante, lo elige como el que más le gustó. En sesiones siguientes logra describir, porque es el más significativo para él, trabajo que lo vincula con su infancia, su padre y con un paisaje hermoso.

Observo y lo apoyo en el uso de los materiales elegidos.

Mientras trabaja, pregunta:

¿Tiene sus padres vivos?

¿Qué hace en la clínica?

¿Qué programa de TV ve?

Me cuenta el caso de sus dos abuelas, una viva, la cual dice llevarse mal con él, que la ve ocasionalmente, cuenta que tiene una pierna amputada, que la cuida un hijo, la otra, muerta en su adolescencia, quien lo crió y regaló, dice que aún la recuerda y extraña.

De pronto golpea la mesa, suave, como aprobando.

Pregunto si está listo, aprueba con un gesto, ¿le pregunto si le gusta?,

Responde, "me gusta, es bien artístico"

Pregunto ¿Que es lo que más te gusta?, "la casa" dice.

¿Le pondrías un título o un nombre al trabajo?, si le pondría, "La casa en la lluvia".

Se termina el tiempo.

Es la primera sesión que existe un mayor acercamiento a la simbolización por parte de G. En esta oportunidad y a partir del trabajo que realiza logra conectarse con su biografía y con sus afectos, a través de la casa que posteriormente hará una conexión con su infancia y con la referencia a la abuela que fuera significativa para él.

También la primera sesión de una mayor exploración de los materiales.

Nos despedimos de mano y un palmoteo en el brazo de mi parte.

6º y 7º Sesión. "G. manifestando sus pensamientos"

Llega 15 minutos tarde, por el hemograma mensual.

Luego de los saludos y bienvenida, quiso retomar el último trabajo, el de la casa, el tiempo es breve, repasa líneas, pinta los palitos, repinta el cielo, una vez terminado, intento la verbalización del trabajo:

T. ¿hay alguien en la casa?

G. si están dentro.

T. ¿Por qué están dentro?

G. esta lloviendo, es una cabaña y tiene huéspedes.

T. ¿Quiénes viven ahí?

G. los dueños de casa.

T. ¿Qué es un huésped?

G. son visitas.

T. ¿como están esas visitas?

G. responde impulsivamente: ¿por qué pregunta eso?

Comprendo que es la primera vez que el se refiere a un trabajo más en detalle y en forma verbal, veo que pudo sentirse incomodo, invadido.

Me dice que se siente mal, estresado.

T. ¿Que te estresa?

G. Hacer pan y venderlo.

G. Cuando me llaman la atención (autoridades, pares y sus padres).

Afuera, un “tal me hechó la choriá”.

Dice que amaneció con ansiedad, con desesperación, con dolor de pecho,

bosteza a cada rato. Cuenta que el día anterior discutieron mucho con sus padres, que “me retan todo el día y las voces me siguen retando en la noche, cuando me acuesto”.

Es la primera y última vez que G habla de las “voces”, añade que no siempre las escucha, solo cuando se siente con mucha ansiedad. No volví a preguntarle por las voces, advirtiendo su incomodidad con el tema, tampoco el volvió a mencionarlo

.

Esta sesión G ha manifestado lo que le provoca angustia, ansiedad. El trabajo logrado a nivel vincular, y su desarrollo en el trabajo plástico le permiten contactarse con la realidad. En este caso, la casa como figura principal, símbolo que más le gustó, (en otra sesión se refiere a el), le permitió un contacto mayor con su realidad, con lo que le pasa ahora, con lo que siente, traduce el estrés a hechos, lo saca de un nivel abstracto, incomodo, y lo lleva a un plano que el puede comprender, pudiendo afirmar: ¡”Esto es lo que me estresa”!

Fuimos trabajando estas afirmaciones en las sesiones siguientes, temas que se fueron repitiendo en sus preguntas y especialmente en su intento de comunicar lo que sentía, lo que provocaba ansiedad y angustia, como he mencionado, el hacer su trabajo plástico le permite conversarlo, comunicarlo, intentamos contextualizar de acuerdo a la realidad de manera que G. pudiera comprender.

Nos despedimos de forma acostumbrada.

8º sesión “No me gusta que me toquen”



F8



F9

Estas sesiones se dieron según las dinámicas establecidas en cuanto al trabajo plástico que G. realiza, estas dos oportunidades trabaja el collage, técnica que el desconocía y que fueron facilitadas por mi.

La verbalización que G. hace es durante el tiempo que realiza su trabajo artístico, el hacer arte en si, como lo he mencionado provoca en él, relajación, alegría, asombro, logrando focalizarlo, esta experiencia le permite el contacto con sus afectos, con lo que siente, la terapia a veces se vuelve diálogo, esta interacción lo ayuda llevándolo a la realidad como lo he mencionado. El ha ido manifestando sus miedos, la situación familiar, la interrelación con sus pares, comprendiendo y aceptando su forma de trabajar, impulsiva, desordenada, pero conducente, concluyente.

“No me gusta que me toquen”, esta manifestación la hace una vez terminado su collage, dónde nuevamente al centro hay una casa, fue lo primero que recortó y pegó, esta rodeada de muchas y diversas imágenes. La acción de hacer arte le permite comprender y verbalizar situaciones vividas por G. durante mucho tiempo, en las micros, con sus pares, a nivel familiar, traducidas en abrazos, palmoteos, bromas, para él todos eran “toqueteos”, situación que lo aleja del grupo, provocándole incomodidad, sentimientos de rabia, estrés, agresividad, pensamientos inadecuados.

G. “En la micro un tipo estaba pegado a mi”

T. Y ¿como iba la micro?,

G. “llena”, responde. “Afuera, mis compañeros me toquetearon”,

T. ¿de que manera te toquetearon?,

G., “en el pecho, me dieron unos golpes”,

T. ¿fuertes?,

G. no.

T. ¿Les dijiste algo?,

G. “no, me fui, me molestó”.

Le comento la importancia de decir las cosas que a él no le gustan y comprende que pueden ser bromas las de sus pares. Se da cuenta que “no lo estaban toqueteando”. Le pregunto si le molesta la forma de despedirme que tengo yo con él, y su respuesta es “sí”. Yo lo felicité por aclarar esto, por poder expresarlo. También comprende situaciones lógicas que pueden ser incómodas que nos hagan rozarnos. Intentamos aclarar situaciones sociales según el contexto.

Investigué con el equipo de rehabilitación, si había antecedentes de abuso sexual y según manifestaron, no existían.

Mi forma de despedirme a partir de esta aclaración fue de palabra, sin embargo G. se acercaba a despedirse según las veces anteriores, (de la mano y un palmoteo en el brazo), también observé que saludaba a sus pares de la misma forma “aprendida”.

9ª y 10ª Sesión “Los rostros”



F10



F11

Ingresa a la sesión a la hora, antes de iniciar, como siempre, intento acogerlo, calmarlo.

.

Cuenta, que discutió con su papá por plata, ya que quiere un grabador DVD, para el computador. El tema de no manejar su pensión es algo importante para él, se lo hice saber a la T.O., responsable de G. y a su vez lo converse con su madre por teléfono, esta menciona que lo verá con su esposo.

Esta vez G, quiere dibujar, elige cartulina blanca, lápices de grafito y color y marcadores. Comienza su trabajo de forma resuelta, relajada, dice que quiere dibujar un rostro, que es más fácil. Dibuja el rostro de una mujer, llaman la atención los ojos, en ellos se detuvo, contrastando con su forma más acelerada, de no detenerse, aquí entra en detalles, los hace con cuidado, como esperando un resultado, luego que los termina, reflexiona, pregunta:

G: Mi mamá me obliga a venir a rehabilitación.

T: ¿No te gusta venir?

G: Más o menos, más si. Me gusta el bolero, la música suave, también el rock.

Mi abuelita me daba todo, me quería. Tenía un cáncer.

¿Cree en el purgatorio?

La hecho de menos. ¿Ud. sufre de alguna enfermedad?

T: Sí, de los oídos, tengo baja audición.

G. (reflexiona), "las cosas de la vida".

G. da por terminado su trabajo, se le ve sonreír, en un gesto de aprobación.

Miramos su retrato:

Dice sobre el trabajo, "es tímida, sencilla, pensativa".

"Tiene una inquietud, tiene problemas, sanamente".

"Está feliz. Está apurada".

Le digo, tú también te ves feliz hoy día, G., responde "sí, pero yo soy serio".

Mi mamá me hecha tallas: ¡de chiquitito dibujaba en la pared!

El tiempo termina, nos despedimos de manos.

10º Sesión

Doy la bienvenida, G. inicia su trabajo seleccionando, como soporte cartón piedra, brillos, lentejuelas, pegamento, tijeras, papel lustre, otros.

.Mientras trabaja, comenta que está reaccionando de mejor manera cuando lo tocan, dice:

“Hoy me rozaron en la micro, pero estaba llena”

“Con mi compañero hoy nos saludamos de mano”

“Hoy no es un buen día, mi mamá sale a trabajar y me quedo solo con mi hermano.

“Mi hermano ocupa mi computador, lleva amigos, escuchan música fuerte y no me hace caso”.

Comenta, “mi plata es mía y con ella pagan las cuentas”.

Todas estas situaciones son muy importantes para G, ya que le provocan estrés, las comparte conmigo y en la medida que las dice, se ve más aliviado. No deja de crear mientras habla, el tiempo de trabajo artístico es el contacto que tiene con el mismo, con su yo, con sus pensamientos y preocupaciones que son traducidas en palabras y creación.

Trabaja con dedicación, dibuja, pinta, pega, se reafirma en lo que hace, en lo que crea, le gusta lo que hace.

G. ha creado un rostro que el traduce como un “símbolo Maya, una máscara de disfraz”, está feliz con el resultado. Su trabajo en sí está siendo más elaborado, concentrando más detalles, existiendo una mayor búsqueda y exploración de los materiales.

Este día conversé con la Terapeuta Ocupacional responsable de G, respecto a sus relaciones interpersonales y de la manera que está asumiendo sus responsabilidades en el taller de amasandería, me dice que él está mucho mejor en la relación con sus pares y que se le ve con una mejor disposición al trabajo y la rutina, así como más contento.

11º Sesión “La suspensión”



F12

G. ha sido suspendido por dos semanas del programa (vino en forma exclusiva a la sesión). La versión que cuenta G. fue que se peleó con un compañero en la sala de repostería, que hubo forcejeo y que este lo persiguió con un cuchillo hasta el patio y que a él no lo suspendieron.

G. está muy angustiado, dolido, le digo que es normal que se sienta así, intento contenerlo, calmarlo.

Elige materiales, cartón piedra, arcilla, témperas, pinceles. Su trabajo es un paisaje espacial, pero esta vez es distinto de los otros. La arcilla la trabaja como plasticina. Mientras trabaja mueve su lengua permanentemente de un lado a otro

Verbaliza sobre el: “son cráteres en la luna, producidas por choques de piedras, asteroides, hay un cactus en el centro, como en el desierto, sin escuchar a nadie”.

Esta verbalización podría estar dando cuenta de lo que está pasando con él, sin embargo no logra llevarlo a un plano personal.

Pregunta:

¿Le gusta Silvio Rodríguez, Despeche Mode?

Al término de la sesión G. está más aliviado. Nos despedimos como acostumbrábamos.

Fue necesario trabajar en las sesiones restantes La elaboración de lo que había pasado. La versión de la T.O., fue distinta a la de G., otras personas presentes me permitieron aclarar más los hechos.

Consideré importante trabajar el acontecimiento desde la responsabilidad de G. reconocimiento de sus errores y la capacidad de acercarse a su compañero y disculparse.

12º Sesión “Aún suspendido”



F13

Iniciamos la sesión a la hora. Se le ve, enérgico, serio, menos afectado que la sesión anterior. (Aún está suspendido).

Antes de comenzar el trabajo artístico, me cuenta que, “ese casillero era mío”. (Previamente entró el paciente que está usándolo), “pero voy a hablar con el de buena manera...”

La suspensión fue una sanción dura para G. según lo ocurrido con el casillero, comprende que es importante relacionarse de manera más adecuada y consensuada con sus pares.

G: ¿Le gusta Rafael?

Inicia su trabajo con energía y resuelto, elige block mediano, marcadores fosforescentes, escritos, lápices pastel, esta vez trabaja en silencio, concentrado, lo que resulta extraño según lo que han sido las sesiones anteriores, dónde conversa mientras trabaja.

Dibuja cuatro rostros al centro de la hoja los que miran en distintas direcciones, a uno y otro lado, el día y la noche, atrás el mar y delante algo que supone la arena y sobre ella animales marinos.

“Está terminado”, G. continua serio, aunque conforme con el resultado de su trabajo, pregunto, ¿por qué los animales marinos están en la arena?, “porque están muertos” responde.

Está según manifiesta con “dolor” porque al compañero con el que tuvo la pelea no le paso nada y el fue suspendido.

Logra expresar lo que siente, se le ve apenado, pero no hay rabia o rencor, está asumiendo la sanción y se prepara para volver de buena manera, con ganas y dispuesto a conversar con su par.

El tiempo termina, ¿te gustó el trabajo?, pregunto, lo mira y dice con seriedad, “sí”.

Nos despedimos.

13ª Sesión “El reingreso”



F14

Ingresa a la sala, alterado, se para, se sienta, se guarda la polera, se la saca. Intento calmarlo, le pido que se siente, le pregunto, ¿como está?, me cuenta “que el vecino al pasar en el auto por su ante jardín, le desordena las piedras y la tierra y que “los cabros chicos me tiran pelotazos a la reja y se ríen de mi”.

Intentamos elaborar verbalmente lo relatado, lo analizamos, haciéndole ver lo real y normal de lo que cuenta, en relación al auto que “desordena las piedras y la tierra” y de los pelotazos y las supuestas burlas.

T. ¿Como fue tu reingreso?

G. “Bueno, hablamos con la terapeuta, estoy más tranquilo y ya conversé con mi compañero, con el que tuvimos la pelea”, “hoy día antes de venirme empujé un auto, estaba en pana por eso llegué un poco tarde, pero ya sé que tengo que llegar a la hora”.

G. está más tranquilo, podemos iniciar el trabajo artístico.

Klein (2006, p.104), plantea que la pintura en arteterapia, en el tratamiento de la esquizofrenia, “es eficaz para desplazar la atención del paciente de su mal y para preservar lo que de sano pueda seguir manteniendo su personalidad”. Según plantea este autor, la terapia es efectiva para G. porque en si lo contiene y le permite contactarse con el mismo, con lo real.

Elige cartulina blanca, papel lustre, pegamento, marcadores. Inicia su trabajo, se motiva. En silencio y más concentrado, dibuja un rostro, al que en los ojos pone “lentes”, con papel lustre, remarca con lápices las distintas líneas trazadas previamente. Se toma poco tiempo, “está listo”.

Conversamos sobre su trabajo: usa lentes de sol y tiene calor, también se está riendo. Su relato sigue siendo concreto.

Pregunta, ¿tiene suegra?, ¿tiene más hermanos?

Me dice que la noche anterior tuvo este sueño:

“Estaba arriba de un cerro y había una mujer desnuda que la querían matar. Los que la querían matar comenzaron a pelearse entre ellos, ella mostró su cara y se alejó”

¿Que te pareció el sueño?, pregunto, me dice: “son incoherentes”.

Su pensamiento y su discurso también continúan disgregados, aún así no se observa ansiedad, está tranquilo, contento, contactado con él y conmigo.

14ª y 15ª Sesión, Fase final “Preparando el cierre”



F15

G. está más tranquilo hoy, luego de la bienvenida y saludos, conversamos nuevamente de que fue la pelea, intentando elaborar el hecho y compartiendo con el la versión de su terapeuta y testigos. G. se reconoce aquí como impulsivo, reconoce sus errores, en su forma agresiva de pedir las cosas, también logra mirar lo ocurrido más objetivamente.

G. ha sufrido de crisis de pánico en las micros, sintiendo que se ahoga, teniendo la necesidad urgente de bajarse, relata que se está sintiendo “un poco mejor”, que entiende que las micros “van repletas”, y que por eso la gente se toca, dice que está “controlando”, mejor su pánico, que “respira hondo” y que, “mira para afuera”, que eso le sirve, que lo calma “un poco”.

“¡Hoy voy a trabajar en aviones!, lo traía pensado desde la micro”. Es la primera vez que G. trae una idea previa de lo que quiere hacer, está motivado, elige sus materiales, cartón piedra, plasticina, palitos de helado, lentejuelas. Comienza por acomodar toda una especie de gran pista de estacionamiento o de aviones volando según dice “están en movimiento”

Trabaja contento, concentrado, “estos palitos son las alas”.

Durante su creación como hemos visto, comenta, pregunta, reflexiona sobre lo que hace:

“Estas son las naves enemigas”, mientras trabaja lo observo y figura como un niño disponiendo y jugando con sus aviones.

G. durante su proceso arte terapéutico según he mencionado, necesitó de aprobación y reafirmación en su trabajo, en esa medida ha tomado mayor seguridad he independenciamiento en su quehacer artístico y ha contribuido en el fortalecimiento de su autoestima.

15 Sesión “El Regalo”



F16

Al inicio de la sesión, tengo todos sus trabajos dispuestos, coincide que entran las terapeutas responsables de la, Unidad Psicosocial, hacemos un recorrido por sus trabajos, G. aunque nervioso se ve emocionado, les cuento lo importante que ha sido para mi conocer a G. y lo que hemos vivido en la práctica de arteterapia. G es felicitado por cada una de ellas, se les ve afectuosas con él, aprecian sus trabajos y le hacen ver su mejor disposición.

Lo invito a hacer un trabajo juntos, pero que el tema lo eligiera el. Selecciona cartulina amarilla, un molde con el que realiza círculos, tempera metálica y marcadores. A cada círculo les hace pétalos, los que figuran flores, pintamos, repasamos con plumones los círculos y el resultado son flores dispuestas en filas paralelas.

“Este trabajo es para usted”, me dice, le agradezco su regalo.

G. se relaja y hace un recorrido por todos sus trabajos, deteniéndose en cada uno de ellos, no dice nada, solo mira.

Le pido que seleccione los que más le gustaron.

Elige los rostros y en forma especial el de la casa, le pregunto porque:

Cuenta que, “cuando yo era niño fuimos a Chillán con mi papá, los dos solos, estuvimos en una cabaña y la nieve estaba muy cerca”.

Pregunto, ¿que fue lo que más te gustó de todo eso?,

G. “todo, el paisaje, el aire y la lluvia”.

Este trabajo lo remonta a su niñez en compañía de su padre, a un momento según relata que se sintió feliz, conectado con su padre y con ese entorno.

Antes del término de la hora, le digo que la próxima semana es la última sesión, que piense por el destino de sus trabajos. Le cuento que yo seguiría viniendo por un mural que haríamos en común rehabilitación y hospital de día, al cual lo invito a participar.

G. se ve triste, pero no estresado. Nos despedimos.

16 Sesión “Cierre de las sesiones”



F17

G. ingresa atrasado, agitado, más serio que veces anteriores.

Decide llevarse parte de sus trabajos, otros me los regala.

Le pregunto, ¿Cómo estás?, él pregunta, ¿"nos volveremos a ver"?

Le recuerdo lo del mural, y le reitero mi invitación.

G. se lleva las manos a la cara, como en un gesto de llanto, pero no llega a las lágrimas, se agita en el asiento, está contenido en su pena.

Le digo lo importante y maravilloso que fue trabajar con él, me dice, "lo bueno que han sido los viernes", le respondo que para mí también.

Yo también tengo pena y también me contengo.

Me pregunta si hoy vamos a trabajar. Le digo que tenemos muy poco tiempo. Que prefería que nos pusiéramos de acuerdo en algunas cosas.

Le hago ver lo importante que él mantenga en su casa un set de materiales y que destine un espacio para trabajar en artes, que esto es importante para él.

Me dice que lo va a hacer, porque lo entretiene y lo calma.

También le digo que es muy bueno que practique algún deporte, como correr, actividad que él vio con posibilidades de hacer con personas de su iglesia.

Le digo que está aprendiendo a vivir con su enfermedad, que no es el único que toma pastillas, que mucha gente lo hace.

El tiempo termina, G. dice que debe ir a trabajar a repostería, lo reafirmo y lo felicito una vez más por sus logros.

Nos despedimos, esta vez de un abrazo.

V Conclusiones

En las sesiones iniciales con G. "creando el vínculo", observamos tanto en la relación interpersonal y especialmente en su trabajo plástico una desvinculación de su obra, acompañado de una marcada estereotipia corporal, inhibición en el contacto social y en un estado de nerviosismo y ansiedad.

Es importante destacar que todo el proceso se fue afianzando y enriqueciendo en la medida que el vínculo terapéutico se hizo fuerte, ya que a partir de este se genera en G. la posibilidad de confiar y trabajar con libertad, sin sentirse amenazado ni cuestionado, lo que permitió que fluyera su proceso creativo. En este sentido, Dalley (1987), nos plantea que:

“Al igual que cualquier otro sujeto, tiene sus preocupaciones y sus intereses cotidianos, pero es probable que se los transmitan a aquellas personas que se muestran respetuosas ante ellos y valore su obra” (S. Charlton, cap. 12, El Arte como Terapia, T. Dalley)

El desarrollo de la creatividad durante el proceso terapéutico en G. pudo establecer mayor autonomía en el trabajo plástico, influyó en su concentración y disfrute de la actividad y así mismo en fortalecer su autoestima, aún así G. en forma permanente necesitó y buscó la aprobación de lo que hacía

El hacer arte en principio lo focaliza, lo concentra hasta llevar a término el trabajo iniciado. A partir de la acción de crear, de sentirse en la libertad, de hacer y disponer de los materiales, en un espacio, día y hora dispuestos para él G. inicia el vínculo terapéutico y el contacto que claramente lo dispone positivamente a la terapia.

Como hemos visto, G. y según Dalley (1987), personas como G necesitan de aprobación permanente del trabajo plástico, en este sentido, el paciente en su primer trabajo dibuja imágenes extrañas, que dan la impresión de no agrada y de la cual no hace mención alguna, aún así en este inicio se le observa más aliviado, en relación a su ansiedad y nerviosismo, de entrada.

Entre la segunda y cuarta sesiones G. aunque no verbaliza su obra y no logra un relato concreto que intente la descripción y unión de las imágenes, logra organizar en si mismo el trabajo haciéndolo más coherente respecto a su primera obra.

Esta primera etapa G. logra contactarse con sus pensamientos y afectos que posibilitan, que disminuya su ansiedad, observándosele más contento. Logra darle sentido a sus pensamientos concretos por medio de las preguntas y respuestas que realiza durante su trabajo plástico. G. en esta etapa logra una mejor disposición con su trabajo en el taller de repostería y demás actividades y se le ve de mejor humor, según observaciones de su TO responsable.

En la fase de desarrollo, (5ª a 13ª), “comprendiendo, esto me pasa, este soy yo”, G. inicia desde la 5ª sesión con el trabajo de la casa, “La casa en la lluvia”, una creación

que le permite contactarse con su historia personal, con su infancia, con sus sentimientos, hay un acercamiento a la simbolización, describe su trabajo y lo retoma en la sesión siguiente logrando aún mayor contacto con su “yo”. Exterioriza lo que le está pasando, logra decir, “no me gusta que me toquen”, sentimientos y pensamientos alterados en relación al contacto físico que fueron elaborándose, comprendiéndose, según el contexto real, con sus pares, en la micro, familiares y con el terapeuta en práctica. De esto pudo desprenderse un mayor contacto social, un mejor control de los pánicos en las micros, surgidas de roces y sentirse “toqueteado”, mejor control manifestado por el mismo y observado en su nueva manera de saludar y despedirse de sus pares, de la mano y un palmoteo.

Los conflictos que le provocan estrés y ansiedad, en el taller de repostería, como hacer el pan, venderlo, las relaciones interpersonales, el no manejo de su pensión, conflictos con sus vecinos, con su hermano, con las descalificaciones y retos de sus padres, con su enfermedad, con el recuerdo de su abuela, y también con temas positivos, la música, lo que le gustaría, la computación, etc. Fueron los temas que emergieron durante este proceso, “esto vivo, esto me pasa, por eso me estreso, por eso mi ansiedad”. El trabajo artístico lo relaja, lo hace feliz, le sube su autoestima, lo focaliza, lo organiza, le provoca un estado creativo, que le permiten, soportar y elaborar de mejor manera todos estos pensamientos y sentimientos que están en él.

En la 9ª y 10ª sesiones, G. crea rostros, “son más fáciles” dice, rostros que el interpreta: “es tímida, sencilla, pensativa, tiene una inquietud, tiene problemas, sanamente”.

En esta etapa, con estos rostros G. vuelca su mirada a si mismo, a sus conflictos y sentimientos, en una interacción reciproca entre él, su trabajo artístico y el terapeuta.

Temas conversados y elaborados con el objeto de ser comprendidos por él y de buscar alternativas que permitieran una mejor solución, como en el caso de la pensión.

En las sesiones 11ª y 12ª, G. estuvo suspendido, aquí su trabajo plástico, su comportamiento y sus sentimientos, reflejan dolor, caos, (“son cráteres en la luna, producidas por choques de piedras, asteroides, hay un cactus en el centro, como en el desierto, sin escuchar a nadie”). También estando suspendido, el trabajo de los rostros

que miran en distintas direcciones con un fondo de luna y sol y animales marinos nadando en la arena, de los cuales manifiesta que “están muertos”, da cuenta de su estado interno, en contraste con sus últimos trabajos antes de la suspensión, el de los rostros.

La elaboración de este episodio, intentando que el viera lo ocurrido de acuerdo a la realidad y desde su responsabilidad, involucrando a su TO, fue importante ya que baja su nivel ansioso, su rabia y logra acercarse a su compañero y disculparse.

Este proceso fue un trabajo en conjunto desde la Unidad y del Terapeuta en práctica.

Ya en la 13ª sesión, se le observa más tranquilo y contento, su trabajo plástico así también lo demuestra, desde lo que quiere hacer, uso y disposición de materiales, y en el disfrute de la actividad en sí, (parecía jugar).

En las sesiones de cierre (14ª a 16ª), G. más autónomo en su trabajo plástico, se reconoce como impulsivo, desordenado, con un mayor control de sus crisis de pánico en las micros, dice que “respira hondo, mira para fuera, que eso le ayuda”, se reconoce con una enfermedad mental e intenta vivir con ella.

G. logra comunicar sentimientos, afectos importantes de su vida, como es el caso de su abuela, “me quiso”; el trabajo de la casa, que lo contacta con su niñez, su padre y la naturaleza; con los rostros, “está contenta, apurada....” el vínculo que logró con el terapeuta en práctica y su mejor disposición al trabajo de la unidad y a su grupo de pares

Al término del proceso y luego al hacer un repaso y el análisis del mismo, tengo clara impresión de que una terapia de arte con personas que sufren un TMS, debe ser de una duración prolongada, ya que ésta sumada a las demás intervenciones terapéuticas que reciben en la Unidad de Rehabilitación Psicosocial, lugar dónde se realizó esta práctica, como por ejemplo el taller de amasandería, las bienvenidas, los demás talleres, etc., la terapia de arte se transforma en una potente herramienta con la cual y por lo que se observó en G. ayudaron a mejorar varias dimensiones, como las habilidades sociales, relaciones interpersonales (RIP), una mejor disposición a las actividades, compromiso, responsabilidad, el contacto con sus afectos. El arteterapia por sobre todo se transformó en una forma de lenguaje, de expresión de aquello que habitualmente no lograba expresar, y por ello como lenguaje, como canal de expresión,

debiera mantenerse por largos periodos en aquellos usuarios que permanecen también largos periodos en estas unidades de atención.

Es importante destacar en estas conclusiones, los sentimientos en general, que se generaron en mí a partir de la relación terapéutica con G. Como he mencionado, desde el primer momento que conocí a G. tuve la necesidad de protegerlo, observando en él un estado de indefensión, ansiedad, desconfianza, que me llevaron a calmarlo cada vez, especialmente al inicio de cada sesión. Sus preguntas reiteradas durante las primeras sesiones, me permitieron comprender que se estaba iniciando un vínculo importante, considerando su historial de no contar con amigos, ni personas cercanas afectivamente, respondí, como mencioné anteriormente, todas sus preguntas con seriedad, de la misma manera que G. preguntaba, también contaba de su vida personal, pude de esta manera, desde mis sentimientos, empatizar con él, comprender sus miedos, sus rabias, su sentido de injusticia, su soledad, lo importante que fui para él, sus penas, sus alegrías. La práctica profesional me permitió conocer de mejor manera a personas que sufren un TMS, y lo que ellos generan en mí es el deseo de trabajar por ellos, habiendo tenido la experiencia de observar los beneficios del Arteterapia en grupo y con G., a nivel individual.

En mi calidad de alumno destaco también el asombro que me generó el proceso de creación de G. el cual evolucionó de manera significativa, partiendo por imágenes extrañas a las cuales el mismo G. no podía atribuirle significado, sin embargo en cada sesión su creación fue cobrando mayor sentido y pudo referirse a ellas de manera concreta en principio y posteriormente lograron traducir lo que estaba pasando internamente con él. Los trabajos se enriquecieron en cuanto a forma y al uso de materiales y de cómo este gran proceso incluyendo el espacio y el tiempo de trabajo fueron significativos para él.

“Las artes como toda expresión no verbal, favorecen la exploración, expresión y comunicación de aspectos que no somos concientes. El trabajo con las emociones a través del arte terapia mejora la calidad de las relaciones humanas porque se centra en el factor emocional, esencial en todo ser humano, ayudándonos a ser más concientes de aspectos oscuros, y facilitando, de este modo, el desarrollo de la persona” (Duncan 2007).

Manifiesto claramente que sin la valiosa guía de nuestra profesora no habría sido posible este trabajo.

Así mismo destaco el compromiso y dedicación de los profesionales de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial, que siempre se mostraron dispuestos a apoyar el desarrollo de la terapia.

VI Bibliografía

_ CESAR, Vásquez O. Aproximación a la Psicoterapia de Carl Rogers. Google Académico. Psicología

- DALLEY, Tessa. El Arte Como Terapia. Barcelona. Ed. Herder. 1987

- DSM-IV. Primera edición 1995

- Equipo Redactor. Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo (TMS). Cuaderno Técnico N°6. Asociación Española de Neurología. Madrid. 2002

- ELINA, de la Llena, Wilfredo Guibert. Las Terapias Artísticas, su utilidad en la atención primaria de salud. Revista Cubana Medicina General Integral. 2000

- KLEINE, Jean-Pierre. Papeles de Arte Terapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Vol. 1. 2006

- MAGDALENA, Errázuriz. Arte terapia y Salud Mental. Monografía para optar al postítulo de Arte terapeuta. Santiago, Chile. U. de Chile. 2010

- MORALES, Paulina. ¿Puede la Actividad Plástica Ayudar en el Tratamiento de Personas con Trastornos Mentales Severos? Memoria para optar al título de Psicólogo. Santiago. U. de Chile. 2007

- PAIN, Sara. En Sentido Figurado. Fundamentos teóricos de la Arteterapia. Editorial Paidós Psicología Profunda 2008

- PINSKER, Henry. Introducción a la Psicoterapia de Apoyo. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. 2002

- REYES, P. Arte Terapia grupal: Una revisión de sus enfoques y sus aplicaciones con Trastornos Mentales Severos. En: REHBEIN, L. Aportes y desafíos de la práctica psicológica. Santiago, Chile. Ril Editores. 2003

- ROA, Armando. Psiquiatría. Santiago, Chile. Editorial Andrés Bello. 1981
- VALENZUELA, Alejandra. Manual de Organización, Unidad de Rehabilitación Psicosocial, Complejo Asistencial Hospital Barros Luco. 2007
- OJEDA, María Eugenia. Alianza Terapéutica, Gaceta de Psiquiatría Universitaria. 2010

Páginas Electrónicas

Arte Terapia en el tratamiento de personas con Trastornos Mentales Severos: Reflexiones, evidencias, retos.

www.e-digitalis.com

Foro Iberoamericano de Arte Terapia

www.arteterapia.org.es

Ministerio de Salud, Salud Mental, 2011.

www.resalud.gov.cl

VII Imágenes

Imágenes 1-2-3 Presentación del Setting.

Imágenes 4-5-6 Correspondientes a la fase inicial.

Imágenes 7-8-9-10-11-12-13-14 Correspondientes a la fase intermedia.

Imágenes 15-16-17 Correspondientes a la fase final.