



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**



**TALLER DE ARTE TERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE UNA ADOLESCENTE
CON FOBIA SOCIAL**

Profesor Guía: Bruno Solari Martínez

Alumno: Eduardo Torres Nicolás

Título Previo: Arquitecto

Universidad Andrés Bello, 2001

Santiago, 2005

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

TALLER DE ARTE TERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE UNA ADOLESCENTE
CON FOBIA SOCIAL

Profesor Guía: Bruno Solari Martínez

Alumno: Eduardo Torres Nicolás

Título Previo: Arquitecto

Universidad Andrés Bello, 2001

Santiago, 2005

Dedico esta monografía a mi familia, en especial a Ernesto, Lukas y Cazú

Mis agradecimientos a Alopaa, Bruno, Beatriz, Constanza y Josefina, por compartir su humanidad, por su paciencia, buen humor, grata compañía y por haber formado un grupo que acogió nuestro crecimiento.

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	3
1.-Acerca de la Fobia Social	3
Fobia Social, un trastorno de ansiedad	3
Fobia Social o Trastorno de Ansiedad Social	3
Diferencias entre ansiedad normal y ansiedad patológica	4
Diagnóstico de Fobia Social	5
Tipos de Fobia Social	7
Causas de la Fobia Social	9
Tratamiento de la Fobia Social	11
2.- Acerca de la Adolescencia	13
Desarrollo Psicosexual del Niño y del Adolescente	13
Adolescencia y Fobia Social	14
Acerca de las Emociones y la adolescencia	16
Acerca de la Auto imagen	17
3.- Acerca del Arte Terapia	18
Definiciones de Arte Terapia	18
Fundamentos del Arte Terapia	18
Antecedentes Históricos Del Arte Terapia	19
Cómo Y Cuándo Nace El Arte Terapia En Chile	20
¿A quienes esta dirigido el Arte Terapia?	21
Diversas Orientaciones Teóricas del Arte Terapia	21
Formas de Realizar Arte Terapia	22
Materiales y técnicas que se utilizan en Arte Terapia	23
Etapas del Proceso Arte Terapéutico	25
Experiencia previa de Arte Terapia y Adolescencia	26
Arte Terapia en el tratamiento de la Fobia Social	27

III. ANTECEDENTES DEL CASO	29
Descripción del centro de práctica	29
Descripción del caso	29
MOTIVO DE CONSULTA	29
ANAMNESIS ACTUAL	30
IV. HIPOTESIS TENTATIVA	34
V. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO	35
Objetivos generales de la terapia	35
Enquadre o setting	35
Desarrollo de la terapia	37
VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	56
VII. BIBLIOGRAFÍA	58
VIII. ANEXO 1	61
Registro de las Sesiones	61
IX. ANEXO 2	105
Índice de ilustraciones y cuadros	105

I. INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación se expone, es el resultado de un proyecto de práctica de Arte Terapia con una adolescente tratada en forma individual, con el diagnóstico de fobia social específica.

La práctica se realizó en CEMERA, Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente, Institución que nos recibió con mucho interés, como estudiantes en práctica de Arte Terapia.

La práctica consistió en dos actividades principales: una fue en CEMERA, donde se atendió en forma individual a una paciente, que es el tema que aborda esta monografía. Y la otra fue en la Corporación del Niño Agredido, donde se desarrolló un taller grupal, conformado por 8 niños con diagnóstico de depresión y víctimas de situaciones de maltrato. Esta segunda actividad fue realizada con una compañera como co-terapeuta.

Esta monografía comienza con definiciones teóricas sobre la fobia social en primer lugar. Si bien existe bastante bibliografía e información en Internet, el tema relacionado a la fobia social de esta monografía se ha basado principalmente en los estudios hechos sobre el tema por el Médico Psiquiatra de la Universidad de Chile, Jorge Mahaluf, quien no solo ha investigado, tratado pacientes y escrito sobre la Fobia Social como una dificultad para el individuo en general, sino que además presenta un estudio sobre la incidencia de la ansiedad social en los adolescentes. En esta sección se presentarán definiciones de Fobia social, su clasificación, causas y tratamientos actuales. El segundo punto del marco teórico se referirá a la adolescencia, su relación con la fobia social, las emociones y la auto imagen como aspectos relevantes de esta etapa de desarrollo. El tercer punto del marco teórico se refiere acerca del Arte Terapia, se presenta una definición de Arte Terapia, que incluye a quienes está dirigido este tipo de terapia, sus diversas orientaciones, formas de realizar AT, materiales y técnicas que se usan, etapas del proceso, antecedentes históricos, cómo y cuándo nace el AT en Chile y reflexiones sobre el Arte Terapia en el tratamiento de la Fobia Social. Acerca de documentación de algún tratamiento de Arte Terapia realizada a pacientes con fobia social, no se encontró nada específico ni en bibliotecas ni en Internet, solo se encontró en trabajos de práctica en Arte Terapia, material referente al tratamiento de crisis de pánico.

Posteriormente, en el tercer capítulo, se exponen los antecedentes del caso, donde se describe brevemente el centro de práctica y se presentan diferentes aspectos relevantes para describir el

caso, como lo son, el motivo de consulta, antecedentes personales y familiares de la paciente. En el cuarto capítulo se expondrán observaciones sobre el comportamiento e impresiones del terapeuta en práctica acerca de la paciente, las cuales derivarán en una hipótesis tentativa del caso, que será la base para los objetivos planteados en la terapia.

En el capítulo número cinco se describe y analiza el proceso terapéutico llevado a cabo con la paciente. Esta descripción se hace a través del setting, los objetivos generales, la estructura general de la terapia, los materiales y técnicas utilizadas y la descripción de los momentos y episodios más relevantes y significativos dentro del proceso.

Finalmente se presentaran las discusiones y conclusiones que surgen acerca de la investigación sobre los temas relacionados al caso clínico, como también sobre el proceso terapéutico, el aprendizaje adquirido en el trabajo de práctica y el aporte que puede significar la incorporación de Arte Terapia en trabajos con adolescentes.

II. MARCO TEÓRICO

1.-Acerca de la Fobia Social

Fobia Social, un trastorno de ansiedad

La lista de trastornos de ansiedad descritas por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) es larga, ataque de pánico, agorafobia, fobia específica, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, etc. En este trabajo nos referiremos en profundidad a la ansiedad o fobia social

La fobia social está ubicada dentro de los llamados trastornos de ansiedad descritos por el DSM-IV. Todos estos tienen en común los fenómenos propios de la angustia, ansiedad y miedo. Estas emociones están relacionadas a la anticipación ansiosa y la angustia de exposición.

Fobia Social o Trastorno de Ansiedad Social

“El miedo, la ansiedad y la vergüenza, son fenómenos normales que protegen el equilibrio mental y la salud física. Cuando estas emociones o vivencias inhiben significativamente, o impiden la adaptación, o el desarrollo de la persona, o la paralizan en su crecimiento produciéndole un daño, entonces se dan las condiciones para señalar que el fenómeno que esa persona está experimentando es patológico.”⁽²⁰⁾

El temor y la ansiedad suscitados en situaciones de interrelación social, ya sea cuando la persona está en una posición semejante de observar ella y ser observada por su interlocutor y cuando la persona queda en situación de ser observada por otro, es una condición universal de todo ser humano.

Para la gran mayoría de las personas, estos temores son leves, transitorios e incluso le sirven como lección, ya que les permiten ir creando nuevas estrategias para resolver los episodios que antes les provocaron temor e inquietud, haciéndolos más llevaderos. Pero otras personas, y que

⁽²⁰⁾ Roa, Armando. “Psiquiatría”. Edit. Andrés Bello. Chile, 1981. En Mahaluf Jorge, “Atrévase”, Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.

son las que padecen de algún tipo de fobia social, sienten miedo intenso, invasor, poco manejable, que van llenando la memoria de recuerdos y vivencias amargas.

En las personas con fobia social, se ve comprometida la espontaneidad de la confianza y el respeto en el otro o en los otros, prerequisites necesarios de todo encuentro interpersonal exitoso. Surgen así la ansiedad y el miedo a la interrelación social.

La vida de estas personas sufre trastornos que comprometen su desempeño laboral, social y también el éxito amoroso.

“En los últimos 18 años se ha acumulado suficiente evidencia que demuestra que la fobia social tiene una marcada presencia cuantitativa, debido al número de personas que afecta. En Estados Unidos es el tercer gran problema de salud mental luego de la depresión mayor y del alcoholismo, afectando al 13% de la población adulta (en Chile, el diagnóstico aún no está incorporado en las estadísticas del Ministerio de Salud)”⁽¹²⁾.

El impacto cualitativo por su parte, se traduce en la pérdida de calidad de vida por la perturbación emocional, el aislamiento social y el desajuste ocupacional, que genera un deterioro que obstaculiza la posibilidad de alcanzar la felicidad.

Diferencias entre ansiedad normal y ansiedad patológica

Como vimos anteriormente, la ansiedad como respuesta a distintas situaciones es normal dentro de ciertos rangos, es por esto que un alto número de personas reconocen haber sido tímidas en algún momento de su vida. Es natural, porque sentir temor, miedo o incomodidad en las relaciones sociales es normal.

El temor moderado en relaciones interpersonales y situaciones como el hablar en público, tiene una función de preparar a la persona para un buen desempeño o de protegerlo frente a situaciones desconocidas y potencialmente amenazantes que están grabadas en nuestra biología.

Pero cuando la ansiedad frente a estas situaciones es exagerada puede transformarse en una amenaza para la buena evolución del individuo. En este caso la ansiedad perturba o bloquea el desempeño de la persona para interactuar con otros, ya sea al relacionarse con su jefe, conquistar una pareja, enfrentar a un grupo, actuar o dar una conferencia.

⁽¹²⁾ Mahaluf Jorge, “Atrévase”, Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.

Se hace importante entonces, en un primer lugar diferenciar la ansiedad normal de la ansiedad patológica. A continuación se describen las características que diferencian la primera de la segunda.

Ansiedad Normal:

- Promueve una adecuada respuesta adaptativa ante situaciones de tensión, peligro o amenaza.
- Es vivida como una respuesta adecuada y necesaria a la situación.
- La vivencia de ansiedad se acompaña de complejos cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales, los cuales producen un estado de alerta y excitación que permite al individuo afrontar la amenaza.

Ansiedad Patológica:

- Es desproporcionada al estrés que la provoca, se mantiene después que el peligro ha desaparecido o se presenta sin que haya un motivo externo.
- La vivencia de ansiedad se experimenta como algo raro, como un síntoma psíquico perturbador, carente de “legitimidad”.
- Interfiere con el funcionamiento habitual del individuo.

Diagnóstico de Fobia Social

Cabe agregar que el desaliento, en la forma de cuadros depresivos, el trastorno de personalidad evitativa, así como otros cuadros ansiosos, y el abuso del alcohol y tranquilizantes que, como intentos frustrados de automedicación, buscan dar término a tan perturbadora e invasora situación, son frecuentes acompañantes del diagnóstico de fobia social.

En este punto y con fines de poder llegar a un consenso en el diagnóstico de fobia social, nos basaremos en la definición y criterios que entrega el DSM-IV.

Criterios según DSM-IV⁽²⁾

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

⁽²⁾ American Psychiatric Association, DSM-IV, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, editorial masson S.A. España, 2002.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. Ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. Ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación)

Tipos de Fobia Social

Clasificación de Fobia Social según DSM-IV

- **Fobia Social Generalizada:** Se hace el diagnóstico cuando la persona teme a varias o a la mayoría de las situaciones sociales, sean interaccionales o de actuación. Son personas que a la vez presentan temor a exponer en público, interactuar con personas del sexo opuesto, asistir a reuniones sociales, hacer contacto visual con gente desconocida y a comer en público. Algunas investigaciones sugieren este diagnóstico cuando el miedo se produce frente a tres o más situaciones sociales.
- **Fobia Social Específica:** Lo característico de este subtipo es que el temor se remite a una situación claramente definida. El tipo más frecuente de fobia social específica es el miedo de hablar, cantar o ejecutar un instrumento en público o leer un texto en la iglesia.

La clasificación del DSM-IV, no incluye las divisiones que a continuación se presentan, pero sin duda son un gran aporte.

Clasificación de Fobia Social según Andrea Hanzen y Murria Stein

(HANZEN, Andrea L. STEIN, Murria B. “Clinical Phenomenology and Comorbidity” en STEIN, Murria B. (editor). “Social Phobia”. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. 1995. En Mahaluf Jorge, “Atrévase”, Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.)

- **Fobia Social de actuación:** Son las situaciones en las cuales el sujeto debe adoptar un rol que lo ubica en una condición de ser observado por otros, tal como sucede con los actores que se exponen ante un público que mira, en este caso, evaluando el desempeño durante la caracterización del personaje. Son situaciones de actuación por ejemplo: hablar en público, comer enfrente de otros, entrar en una reunión donde la gente ya está sentada, o ir a un baño público.
- **Fobia social de interacción:** Incluye a todas aquellas situaciones en las cuales dos o más personas se ponen en interrelación en igualdad de condición como observador y observado. Las situaciones más comunes son: hablar con extraños, relacionarse con el sexo opuesto, conversar por teléfono, hacer contacto visual con gente desconocida.

Clasificación de Fobia Social según Herbert, Holt y Haimberg

(HANZEN, Andrea L. STEIN, Murria B. “Clinical Phenomenology and Comorbidity” en STEIN, Murria B. (editor). “Social Phobia”. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. 1995. En Mahaluf Jorge, “Atrévase”, Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.)

- **Fobia Social Generalizada:** Actitud fóbica para la mayoría de las situaciones sociales.
- **Fobia Social no generalizada:** Se ven afectados por una intensa angustia en varias situaciones de exposición social, pero que muestran algunas áreas de interrelación social en las que son capaces de funcionar sin ansiedad.

- **Fobia Social circunscrita:** Es el caso de los que temen a una o dos situaciones sociales, con el resto del abanico de relaciones sociales indemne.

Causas de la Fobia Social:

Las causas de la Fobia Social son desconocidas, Lo que sí existen son hipótesis que, desde diferentes perspectivas, son capaces de configurar explicaciones y delimitar algunos factores que aumentan el riesgo de presentar el cuadro.

Factores Biológicos:

- Predisposición genética

Se puede decir que existen generaciones, dentro de una misma familia, que presentan una tendencia a percibir con mayor sensibilidad y frecuencia el escrutinio y las actitudes críticas de los demás.

- Alteraciones bioquímicas asociadas

Las personas con desordenes de ansiedad, presentan habitualmente anomalías en su “circuito de respuesta a la ansiedad”.

Las explicaciones apuntan a dos formas de falla en la respuesta a la ansiedad:

- A) Disminución del umbral de respuesta a los estímulos, es decir, que con un estímulo de poca importancia se desencadena una reacción de ansiedad exagerada.
- B) Alteración del equilibrio dopaminérgico. La alteración del equilibrio o la menor cantidad de dopamina produciría mayor vulnerabilidad y discomfort en las relaciones sociales, dando como resultado una conducta inhibida en las relaciones interpersonales.

Factores psicológicos:

- Condicionamiento Directo (Hecho traumático)

Los pacientes suelen reconocer en su historia eventos que asocian con la aparición del cuadro fóbico, aunque no siempre tiene carácter de traumático. El episodio traumático es un elemento que contribuye a la aparición de una fobia social específica.

No sucede lo mismo en el caso de la fobia social generalizada. En ella el evento traumático no es determinante en la aparición del cuadro, pero en relación a los normales, se encuentra con frecuencia asociado al cuadro.

Muchas veces la referencia que el paciente hace de un episodio traumático, parece corresponder más a las necesidades que tiene de entender lo que le ocurre que a la presencia real de un episodio traumático. En el curso de la investigación diagnóstica o de la terapia, generalmente la atribución causal se desvanece, quedando en primer plano los mecanismos fallidos con que el paciente intentó solucionar los pequeños episodios de ansiedad social, y luego, por la mala estrategia de solución, irrumpe un primer episodio de miedo intensísimo al que el paciente le adjudica un rol causal que no es tal.

Más que un condicionamiento directo lo que hay es un estilo fallido de afrontamiento, que luego de identificado, hay que corregir.

- Aprendizaje por observación (aprendizaje mirando a los que los rodean)

Se estima que un 13% de las personas que padecen de fobia social aprenden mirando y “contagiándose” del temor de los que lo rodean, como son los padres, hermanos y figuras psicológicamente significativas.

- Transferencia de información. (“con esa tenida te ves ridícula”, “ten cuidado que pueden hablar mal de ti”, “si te comportas bien no darás de que hablar”)

El temor transmitido por las personas psicológicamente significativas, es la resultante de un estilo de vida y no de frases aisladas.

En cada ocasión social se hacen las advertencias, sugerencias, o indicaciones sobre el comportamiento debido, las precauciones adecuadas, los modales socialmente valorados, etc. (“con esa tenida te ves ridícula”, “ten cuidado que pueden hablar mal de ti”, “si te comportas bien no darás de que hablar”). Todo ello tiende a generar actitudes de extremada cautela, provocando una hipervigilancia y una excesiva conciencia crítica del comportamiento social debido y adecuado. El resultado natural es un incremento de la ansiedad en la interrelación social, con una pérdida de la espontaneidad que permite una sociabilidad distendida, agradable y enriquecedora.

Tratamiento de la Fobia Social:

- **Tratamiento Farmacológico:**

A.-Antidepresivos Inhibidores de la Monoaminoxidasa o IMAOs (efectivos en la angustia anticipatorio y de exposición)

B.-Antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina o ISRSs. (Son los más usados en Chile y muestran un perfil promisorio en el tratamiento de la FS)

C.-Benzodiazepinas o BDZ. (Muestran gran beneficio en la ansiedad de exposición)

D.-Betabloqueadores. (actúan inhibiendo las manifestaciones periféricas de la ansiedad como son la taquicardia, el temblor, y la sudoración profusa)

La automedicación es una tentación frecuente para las personas con cuadros ansiosos y específicamente para los que padecen fobia social. De hecho, una forma frecuente de automedicación es el uso y abuso del alcohol como ansiolítico.

- **Tratamiento Psicoterapéutico:**

“Los fenómenos Psicológicos han demostrado ser multifacéticos y por lo tanto su comprensión no responde a las leyes de la causalidad física. Es más, las hipótesis generales con las cuales se trabaja deben ser creativamente adaptadas a la persona que está consultando, respondiendo a su individualidad.”(Mahaluf Jorge, “Atrévase”, Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.)

A.- Terapia Conductual (Exposición Gradual)

La terapia conductual enseña al paciente cómo disminuir la ansiedad en las situaciones sociales, evitando las conductas de huida que se derivan del miedo.

B.- Reestructuración cognitiva (se centra en la mala autoestima, mala autoimagen, temor a la evaluación negativa, etc.)

La necesidad que tiene el paciente de ir verbalizando-y no sólo actuando- su cambio, hace necesario que, junto con el terapeuta, descubra cuales son los errores de percepción y de construcción mental de la realidad que lo ha mantenido durante tanto tiempo atrapado en los temores fóbico-sociales.

La terapia cognitiva busca enseñar al paciente a descubrir su tendencia a percibir la realidad en forma distorsionada, esto da una libertad al paciente, introduciendo una cuña que le permita corregir y guiar sus pensamientos lejos de los fantasmas fóbicos que los aprisionaban.

C.- Entrenamiento en habilidades sociales (modeling, dramatización, asignación de tareas)

Consiste en un conjunto de técnicas orientadas a enseñarle al fóbico social, como conducirse adecuadamente en las relaciones interpersonales.

En este punto es común que queden al descubierto emociones, sentimientos y cogniciones en relación a la autoestima, percepción de la imagen de autoridad, del sexo opuesto, etc.; que son corregidas en sucesivas confrontaciones con la realidad. Es una situación ideal para reconstruir el mundo interno del paciente.

D.-Técnica de relajación

El uso de técnicas de relajación apunta a que el paciente aprenda a reconocer cuáles son los primeros signos de ansiedad para que una vez identificados, pueda enfrentarlos en vez de dejarse abrumar por el miedo.

- **Tratamiento asociado de psicoterapia y farmacoterapia:**

Es actualmente considerado la forma más efectiva de tratamiento de la FS, afirma Jorge Mahaluf⁽¹²⁾

2.- Acerca de la Adolescencia

De acuerdo con las definiciones que ha dado la Organización Mundial de la Salud (OMS), en www.who.int/es/ se concibe la edad juvenil entre los 10 y los 19 años. En esta etapa de la vida se inician cambios biológicos que se evidencian en el sujeto a través de la aparición de los caracteres sexuales secundarios que provocan en el joven nuevas formas de pensar, de sentir y de comportarse en relación a si mismo y los demás. El impulso sexual adquiere una orientación a la búsqueda de un encuentro con otro. Existe mucha preocupación por los cambios corporales, el gusto, aceptación de la propia apariencia y la relación con las personas del otro sexo, lo que le provoca ansiedad producto de la necesidad de adaptarse a esta nueva apariencia y corporalidad.

Desarrollo Psicosexual del Niño y del Adolescente

Según el Psicólogo del CEMERA Luis Alberto Bardi P. el desarrollo psicosexual abarca diferentes cambios de aspecto biológico, psicológicos y sociales. Se produce el cambio de la estructura de pensamiento infantil concreta hacia un pensamiento abstracto, hipotético deductivo. Además, la búsqueda de un ajuste social donde tratará de tener mayor autonomía personal “separándose” de los lazos familiares de la infancia buscando en el grupo de pares seguridad y compartir sus ideas y valores. Esta situación produce conflictos en la relación padres-hijos.

Los cambios producen en el adolescente inseguridad y un egocentrismo sobrevalorado donde, a medida que avanza, va dando paso a un mayor ajuste que está en relación a la tarea esencial de la adolescencia que es la búsqueda y logro de una identidad personal que sintetiza todas aquellas identificaciones que ha tenido en el desarrollo.

⁽¹²⁾ Mahaluf Jorge, “Atrévase”, Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.

La identidad de género que se refiere a sentirse hombre o mujer, se logra alrededor de los 3 años de vida. Aparece entonces el proceso de tipificación sexual mediante el cual el infante realizará actividades sociales propias al sexo que pertenece y por último, la etapa de la adolescencia, donde el joven logra una orientación sexual que es la dirección de los intereses eróticos amorosos que se expresará en la elección de parejas.

La adolescencia del punto de vista psicológico y del desarrollo de la identidad sexual, es la resultante de un proceso evolutivo de vida del sujeto. En este sentido, cabe destacar que las influencias tienen diferentes dimensiones que se originan en procesos biológicos, psicológicos y sociales de una respectiva cultura donde se hace necesario el análisis de la complejidad de estos factores en forma integrada.

Adolescencia y Fobia Social:

Desde una posición debilitada por la crisis, para el adolescente los demás aparecen como dotados de cualidades, que en un porcentaje importante, son sentidas como superiores a las personales. Normalmente, el adolescente presenta sentimientos oscilantes de inferioridad frente a los demás, que van desapareciendo hacia el cierre del ciclo de la adolescencia. Esta condición de vulnerabilidad relativa a la edad, se produce con mayor intensidad en los primeros años de la adolescencia para disminuir gradualmente hacia los veinte años.

Es en este contexto, que la fobia social o trastorno por ansiedad social encuentra un ambiente propicio para hacer sus primeras apariciones cuando el terreno biológico lo permite o facilita.

La fobia social es un cuadro que afecta a todas las edades. Los niños han debido esperar más que el resto de los grupos etareos para ser incorporados en esta categoría diagnóstica. “Las evidencias mostraron que entre un 1% y un 2% de los niños cumplían plenamente con los criterios usados para el diagnóstico de fobia social en adultos.”⁽¹³⁾

Los adolescentes presentan áreas específicas de temores sociales que comparten con los niños. Se trata del área académico escolar.

En un estudio citado por B. Sandín⁽¹²⁾, realizado por Strauss y Last en 1993, en niños y adolescentes, diagnosticados con fobia social, encontraron que la mayoría presentaba un intenso miedo a las situaciones escolares (64%), y a situaciones que requieren hablar en público (57%),

⁽¹³⁾ Mahaluf, Jorge, Jóvenes que temen demasiado, editorial Grijalvo, Santiago, Chile, 2002.

⁽¹²⁾ B. Sandín en Mahaluf, Jorge, Atrévase, editorial Grijalvo, Santiago, Chile, 1999.

mientras que a ruborizarse (25%), comer o beber frente a otros (18%), vestirse frente a otros (14%), y usar los aseos públicos (7%).

Sandín cita otro estudio que muestra a niños y adolescentes, que padecen de fobia social, con dificultades para asistir a fiestas o reuniones (27,6%), escribir en público (en el pizarrón) (27,6%), hablar con personas que ostentan autoridad (20,7%), y a desempeñarse en situaciones informales de hablar en público, interactuando con iguales y con amistades de los padres (13%).

La fobia social en niños y adolescentes se acompaña, en más de la mitad de los casos, de otros trastornos de ansiedad. El impacto más negativo se produce por la perturbación de las relaciones sociales con los compañeros de curso; interfiere con la adquisición de habilidades de interrelación social en etapas críticas del desarrollo. Es por esto que resulta evidente lo urgente que es el diagnóstico precoz, para romper el círculo de inhibición y pérdida de competencia social que se produce en la infancia y la adolescencia.

En los jóvenes, los síntomas propios de la fobia social se mantienen ocultos y pueden incluso atenuarse, para reaparecer con intensidad cuando el adolescente debe enfrentar situaciones de desafío personal, como son el ingreso a la universidad, el comienzo de su vida laboral, la integración a un nuevo colegio, la adaptación a otra ciudad, el matrimonio o la conformación de una pareja estable.

La edad promedio en que los jóvenes sienten irrupción descontrolada de síntomas es a los 26 años, es decir, cuando deben hacer acopio de todo lo ganado en la adolescencia para enfrentar con éxito los desafíos de la madurez. Necesitan contar con capacidad para establecer una relación de pareja estable y enriquecedora, ser capaces de dar y recibir afecto, desenvolverse con una sociabilidad fluida, y tener un desempeño laboral creativo.

Esto significa que si un adolescente de 15 años inicia una fobia social, muchas veces no consulta hasta los 26 años en promedio cuando se ve agobiado o francamente limitado e interferido por síntomas agudos de ansiedad social.

Acerca de las Emociones y la adolescencia

(<http://www.monografias.com/trabajos7/coem/coem.shtml#emo>)

La palabra emoción significa literalmente estado de excitación o estremecimiento. Los Psicólogos suelen distinguir tres componentes en cada emoción:

- Un sentimiento característico o experiencia subjetiva.
- Un esquema de estimulación fisiológica.
- Un esquema de expresión abierta.

El componente subjetivo es comunicado en las etiquetas que les ponemos a nuestras emociones, como temor, ira, gozo o tristeza.

Función de las Emociones

Las emociones cumplen un papel central en la gestión de procesos de autoprotección y autorregulación del organismo frente a situaciones extremas. Estas funciones se pueden diferenciar de la siguiente forma:

- Preparación para la acción: Las emociones actúan como un nexo entre los estímulos recibidos del medio y las respuestas del organismo. Las respuestas emocionales son automáticas y por tanto no requieren ningún tipo de raciocinio o de control consciente.
- Delimitación del comportamiento futuro: Las emociones influyen en la asimilación de información que nos servirá para dar respuestas en el futuro a hechos similares. Dichas respuestas podrán ser de rechazo o de búsqueda de repetición del estímulo.
- Regulación de la interacción social: Las emociones son un espejo de nuestros sentimientos y su expresión permite a los observadores hacerse a una idea de nuestro estado de ánimo.

Adolescencia, una marea de emociones

Crisis madurativa, es el estado de desorganización de las emociones, sentimientos y cogniciones provocado por la perturbación que genera una nueva cosmovisión, o reorganización personal, propia de la adolescencia.

La condición de vulnerabilidad propia de la crisis es vivida como un estado de mayor riesgo o amenaza a la integridad psicológica y personal. Como consecuencia se produce una disminución del umbral y una mayor sensibilidad para responder frente a diferentes situaciones ordinarias de la vida diaria con agresividad, rabia, miedo, angustia, vergüenza, culpa, remordimiento, irritabilidad, envidia, resentimiento, cambios de ánimo y de la autoestima, así como de las valoraciones y amores.

Si bien estas actitudes se pueden confundir con comportamientos anormales o patológicos, en la gran mayoría de los casos, se resuelven luego de quince o veinte años cuando logran cerrar el proceso de maduración.

5.- Acerca de la Autoimagen

(Feldenkrais Moshe, Autoconciencia por el movimiento, Edit. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2005)

Cada uno de nosotros habla, se mueve, piensa y siente en forma distinta, de acuerdo, en cada caso, con la imagen de sí mismo que ha construido con los años. Para modificar nuestra manera de actuar debemos modificar la imagen de nosotros mismos que llevamos dentro. Esto implica, desde luego, cambiar la dinámica de nuestras reacciones, no el mero reemplazo de una acción por otra. Tal proceso supone no sólo cambiar nuestra autoimagen, sino también la índole de nuestras motivaciones, y movilizar además todas las partes del cuerpo interesadas en ello.

Nuestra autoimagen consiste en los cuatro elementos componentes que intervienen en toda acción: movimiento, sensación, sentimiento y pensamiento.

En realidad, nuestra autoimagen nunca es estática. Cambia de una acción a otra, pero tales cambios poco a poco se transforman en hábitos; o sea, las acciones asumen un carácter fijo, invariable.

Aunque la autoimagen sea, en realidad, resultado de la propia experiencia, el hombre tiende a considerarla como algo que le ha sido otorgado por la naturaleza. Aspecto físico, voz, manera de pensar, ambiente, relación con espacio y tiempo – hemos mencionado al azar – se dan por sentados como realidades nacidas con la propia persona, cuando en rigor todo elemento importante de la relación del individuo con otras personas y con la sociedad en general es el resultado de un extenso ejercicio.

3.- Acerca del Arte Terapia

Definiciones de Arte Terapia

La American Art Therapy Association (AATA), la define como: “una profesión que utiliza el arte, las imágenes, el proceso creativo y las respuestas del paciente/cliente ante sus creaciones como reflejos del desarrollo, habilidades, personalidad, intereses, preocupaciones y conflictos del individuo”. (www.arttherapy.org)

Mimí Marinovic, fundadora del Postítulo en Terapias de Arte de la Universidad de Chile, define que el Arte Terapia “Es una especialización que recurre a las artes y las imágenes visuales como a los procesos creativos receptivos con fines terapéuticos, educativos, de prevención, rehabilitación y desarrollo personal.”⁽¹⁴⁾

Fundamentos del Arte Terapia

El arte como terapia se diferencia de otras disciplinas que utilizan elementos artísticos, como la educación artística por ejemplo, porque utiliza los materiales, las técnicas, el proceso artístico y la obra en sí, con fines terapéuticos. El Arte Terapia facilita expresar y cambiar la experiencia interior, identificar conflictos y transformarlos de manera creativa para percibir el mundo de manera diferente. Esta disciplina busca rescatar el efecto sanador de la expresión artística. Las técnicas de la terapia artística no se centran en el valor estético del trabajo artístico, sino sobre el proceso terapéutico, considerando que todo individuo, tenga o no formación artística, posee la capacidad latente para proyectar sus conflictos internos por medio del arte. Finalmente la obra realizada es un nexo entre el paciente y el Arte Terapeuta. La obra plástica es un lenguaje en imágenes, simbólico, metafórico, que expresa lo afectivo, las relaciones, los procesos. Es una forma de comunicación entre terapeuta y paciente que le permite a éste, comunicar contenidos, sensaciones y vivencias emocionales, que el lenguaje verbal no expresa cabalmente.

⁽¹⁴⁾ Marinovic Mimí, Arte Terapia, Escuela de Postgrado Facultad de artes Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2003.

Antecedentes Históricos Del Arte Terapia

Desde tiempos inmemorables podemos apreciar como a través del arte se muestra la sanación en las personas.

El ser humano siempre ha creado representaciones que permiten significar sus experiencias, procesos vitales y evolución. Arte es la denominación para estas configuraciones.

Los artistas plásticos, como, Caravaggio, Durero, Rembrandt, Goya, Jerónimo Bosh, E. Munch, Camile Claudel, Vincent Van Gogh, Picasso, Paul Klee, Frida Khalo, Niki De Saint Phalle, y muchos otros más dan a conocer la relación entre arte y medicina.

El arte es un reflejo de las sociedades. Cada época muestra diferentes tendencias artísticas, y como la sociedad influye directamente en el quehacer plástico.

El arte manifiesta las tendencias internas de la sociedad. Los seres humanos pueden plasmar sus experiencias, fomentar la intuición, creatividad y sensorialidad. El arte permite fomentar la expresión personal, las experiencias tienen la posibilidad de ser seleccionadas, variadas y repetidas a voluntad. Es también un espacio propicio para estimular la comunicación consigo mismo/a y los demás.

El arte terapia, como modalidad terapéutica surge en el siglo XX, recoge la experiencia de psiquiatras como Max Simon en Francia, a fines del siglo XIX, y Hans Prinzhorn en la Alemania del primer cuarto del siglo XX, quienes se preocuparon de la producción plástica de los enfermos mentales, la coleccionaron y estudiaron.

Asimismo, durante el siglo XX se comenzaron a estrechar los vínculos con el campo de la salud mental, el uso de figuras rituales e imágenes con fines curativos, los planteamientos de Freud y Jung en torno al lenguaje simbólico del inconsciente. Igualmente la acción de pedagogos innovadores que estimularon la expresión creadora en los niños con métodos activos de enseñanza, como los de Decroly, Montessori y Rudolf Steiner.

También, se tiene conocimiento que existían dentro del mundo varias colecciones de arte psicopatológico, por ejemplo, la colección parisina de Marie del Hospital Saint-Anna. Formando parte de la Colección de Arte Bruto (Jean Dubuffet, 1973) que se encuentra hoy en Lausanne (Suiza).

Otro antecedente, es el Hospital Victor Larco Herrera (Lima – Perú), que contiene una basta colección de expresiones pictóricas y gráficas que es la obra de esquizofrénicos hospitalizados.

El comienzo de esta colección data de los años 1920, impulsada por el doctor H. Delgado, contemporáneo de Hanz Prinzhorn.

El arte Terapia se formaliza como práctica clínica en la segunda mitad del siglo XX, siendo reconocida, la terapeuta estadounidense de orientación psicoanalítica, Margaret Naumburg (1890-1983), como una de las primeras arte terapeutas. Es la primera psicoterapeuta con formación psicoanalítica que incorpora la plástica como herramienta terapéutica central en su trabajo. Para ella, los fundamentos de la terapia artística se encuentran en la expresión de los sentimientos y pensamientos más importantes de las personas que, proviniendo del inconsciente, se manifiestan a través de imágenes y no mediante las palabras. A partir de entonces muchos terapeutas, desde diferentes enfoques teóricos se han interesado en este campo de trabajo, dando origen a diversas modalidades de Terapia Artística.

Edith Kramer, educadora de arte, otra iniciadora del Arte Terapia, considera el arte como un medio de ampliar las experiencias humanas a través de equivalentes creativos que permiten elegirlas, variarlas o repetirlas con el fin de reexperimentar, resolver e integrar conflictos. Trabajó con niños otorgándole valor curativo al proceso del arte sin recurrir a la interpretación verbal.

En Inglaterra, los primeros arte terapeutas fueron los artistas Adrian Hill, Edward Adamson y la psicoanalista Irene Champernowne. Su trabajo hospitalario sirvió para la difusión de la educación universitaria, desarrollo de la profesión y su reconocimiento en el sistema de salud de esa nación.

Posteriormente, Hanna Kwiatkowska introdujo el arte terapia en la atención de grupos familiares.

Para el crecimiento de la terapia artística han resultado vitales los nexos con la enseñanza del arte y el desarrollo simultáneo del uso diagnóstico del arte en psiquiatría.

Cómo Y Cuándo Nace El Arte Terapia En Chile

En un comienzo fueron iniciativas carentes de continuidad, ya que no existía un respaldo institucional ni una formación insertada 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 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 Arte Terapia 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.

¿A quienes esta dirigido el Arte Terapia?

El uso terapéutico del arte se puede aplicar con niños, niñas, adolescentes, adultos y tercera edad. Sin restricciones sociales, académicas, emocionales o físicas. Además este tipo de terapia puede realizarse tanto en forma individual, en pareja, como grupal.

El Arte Terapia es aplicable en todo ámbito de la salud mental, para prevenir, corregir y/o fortalecer a los individuos. Se puede realizar Arte Terapia en ámbitos de la Educación, Salud, Asesoramiento Empresarial, Trabajo Comunitario, con Poblaciones de Riesgo, Crecimiento e Investigación Personal.

Diversas Orientaciones Teóricas del Arte Terapia

Desde sus inicios se puede decir que existen dos corrientes fundamentales en Arte Terapia, una que hace énfasis en el aspecto psicoterapéutico y otra que acentúa el aspecto artístico. Sus primeras representantes, Margaret Naumburg y Edith Kramer, respectivamente trabajaron desde la perspectiva psicoanalítica.

La terapeuta Margaret Naumburg alentaba a sus pacientes a dibujar espontáneamente y luego a hacer asociaciones libres a partir de sus obras, entendiendo las imágenes como una forma de comunicación entre paciente y terapeuta con el objetivo principal de facilitar que los contenidos inconscientes afloren a la conciencia.

Para Naumburg el rol del terapeuta es el de guiar el proceso de develar y tratar los conflictos inconscientes, atribuyendo mayor importancia a la comunicación y el insight que a la completación del producto artístico, por lo que la evolución del tratamiento dependería de la relación transferencial y del esfuerzo continuo para que el paciente haga su propia interpretación de sus dibujos.

La artista y educadora Edith Kramer, hace énfasis en el proceso creativo artístico y sus propiedades integrativas y curativas. Basándose en el concepto de sublimación, enfatiza el arte en si mismo como terapia, más que la psicoterapia que usa el arte como herramienta terapéutica, asignándole al arte terapeuta el rol de ayudar al paciente a producir un trabajo artístico que contenga y exprese material emocionalmente cargado, actuando como un yo auxiliar y promoviendo la toma de conciencia de patrones de comportamiento recurrentes.

Más tarde surge la Terapia Artística de orientación existencialista y humanista, el Arte Terapia de orientación psicoeducativa, principalmente cognitiva y conductual, el Arte Terapia de orientación sistémica y enfoques que buscan la integración teórica.

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.

Materiales y técnicas que se utilizan en Arte Terapia

En Arte Terapia es importante ofrecer una amplia variedad de materiales y técnicas que se adecuen tanto a los objetivos de la terapia como a las necesidades de cada paciente. Dentro de estos materiales y técnicas podemos mencionar:

- Soportes: diferentes tipos y formatos de papeles, revistas, diarios, cartones, madera, etc.
- Modelado: greda, arcilla, harina, arena, plasticina, etc.
- Pintura: témperas, acrílicos, óleos, tierra de color, pigmentos, acuarela, tintas, etc.
- Gráfico: lápices colores, scriptos, cera, pastel, carboncillo, plumones, grafito, etc.
- Pinceles, brochas, esponjas, pegamentos, materiales de desecho, fotografías.
- Imaginería, dirigida o espontánea.

Tanto Kramer⁽¹¹⁾ como Wadson⁽²³⁾ ofrecen sugerencias prácticas respecto al uso de los materiales y técnicas que serían convenientes para el desarrollo de una terapia artística.

Los materiales simples que se presentan para un amplio uso, tales como carboncillo, témperas, pasteles y greda, deben ser elegidos por el terapeuta según sus objetivos y a continuación proponen ciertos criterios para realizar la elección:

En un estudio diagnóstico, los recursos deben disponerse para que el paciente pueda escoger libremente, si el trabajo plástico es un vehículo para la asociación libre, la comunicación grupal o familiar, lo más adecuado son los medios rápidos como pasteles o crayones. Los individuos físicamente limitados, los niños muy chicos y algunos ancianos pueden requerir materiales fácilmente manipulables como lápices de colores, de cera o pasteles. Para facilitar la espontaneidad del cliente o paciente se debe proveer una amplia variedad de materiales, por ejemplo: lápices, pinturas de variados colores, papel de diferentes tamaños, suficiente greda, entre otros. Por otro lado, una sobreabundancia de materiales puede ser desconcertante y dado que los pacientes difieren en este aspecto, el terapeuta debe ser sensible a las necesidades individuales, evitando los materiales frustrantes o que resulten difíciles de manejar.

Los materiales artísticos presentan variaciones importantes en relación al control que el creador puede ejercer sobre ellos: los lápices, pasteles y crayones son más controlables y permiten trazos

⁽¹¹⁾ Kramer E., Art as Therapy with Children, New York, Schocken books, 3ª edición, 1974.

⁽²³⁾ Wadson H., Art Psychotherapy, New York, John Wiley and Sons, 1980.

definidos, en cambio las acuarelas, témperas y greda presentan problemas técnicos de manipulación. Aquí el terapeuta también debe ser sensible a las necesidades de cada individuo. Por ejemplo, la oportunidad de ensuciar puede revitalizar a un individuo severamente inhibido, o puede asustarlo en extremo y a veces el cambiar medios de expresión puede ser facilitador para un sujeto que está estancado.

Acerca de las formas en que los pacientes pueden abordar el uso de los materiales artísticos, sean cuales sean las instrucciones que se hayan propuesto o la forma en que haya comenzado, Edith Kramer⁽¹¹⁾ plantea una interesante clasificación, que no busca constituir un sistema rígido, por el contrario, incluso al crear un único objeto pueden aparecer distintos tipos de funcionamiento.

Dentro de esta clasificación podemos distinguir al menos cinco maneras de usar los materiales:

- a) Actividades precursoras: son formas de exploración de las propiedades físicas del material que no conducen a la creación de configuraciones simbólicas, pero se experimentan como positivas y egosintónicas, por ejemplo: garabatear, esparcir la pintura, amasar la greda.
- b) Descarga Caótica: es una utilización destructiva de los materiales como, chorrear, aplastar, golpear, con el objeto de descargar emociones negativas intensas como rabia y angustia, que lleva a una pérdida de control.
- c) Arte al servicio de las Defensas: es la producción convencional estereotipada, por ejemplo: copiar, remarcar, dibujar siempre lo mismo, que revelan lo menos posible sobre la personalidad del creador.
- d) Pictogramas: son dibujos que reemplazan o complementan a las palabras y que sólo son comprensibles al observador externo si el autor o el terapeuta explican su significado y el contexto en que surgieron, por ejemplo: un dialogo dibujado entre paciente y terapeuta.
- e) Expresión formada: es el arte en el pleno sentido del término, la producción de una obra simbólica compleja, cargada emocionalmente, original y comprensible que sirve a la autoexpresión y la comunicación tanto con el terapeuta como con cualquier observador externo.

⁽¹¹⁾ Kramer E., Art as Therapy with Children, new york, Schocken books, 3ª edición, 1974.

Etapas del Proceso Arte Terapéutico

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 la separación con el terapeuta.

Experiencia previa de Arte Terapia y Adolescencia

(Alfonso Valladares, Ana Cláudia Oliveira, Cristina Alves, Arte Terapia com Adolescentes, Arteterapia, Reflexoes, Revista Departamento de Arteterapia do instituto Sedes Sapientiae Ano VII, Nº 6, 2004, Edit. Regina Aparecida dos Santos)

La fase de la adolescencia, está marcada por intensas transformaciones bio-psico-social y muchas veces, cuando no es bien conducida, lleva al agravamiento de varias enfermedades mentales. El adolescente expresa más a menudo sus conflictos a través de la conducta que de la comunicación verbal, necesitando así de un espacio para liberar sus conflictos internos. El Arte Terapia aparece entonces como una gran alternativa para elaborar los procesos internos del adolescente. Nacen así las siguientes interrogantes ¿Cual de las técnicas de arte terapia es más productiva para los adolescentes, por ser esencialmente no verbal? ¿La pintura por ser una técnica que trabaja la fluidez y la expresión de contenidos internos, ayudará a los adolescentes a enfrentar ese período?

Esta pregunta fue elaborada como objetivo principal de analizar los efectos del uso de la pintura arte terapéutica con adolescentes.

Para responder la pregunta anteriormente planteada en esta experiencia de Arte Terapia con Adolescentes, realizada en el instituto Sedes Sapientiae, en Brasil, se realiza un trabajo con pacientes adolescentes concluyendo que a partir del análisis del comportamiento y de las producciones de los pacientes, se puede considerar que la pintura Arte Terapéutica facilita la expresión de la subjetividad de los adolescentes. Ésta ayuda de sobremanera a la auto-expresión, como en la elaboración de contenidos internos (sentimientos, emociones, etc.) y alivio de tensiones. La pintura es un material agradable de ser manipulado, facilitando la expresión creativa del *self* en su esencia. Permite que el creador pueda expresar sus sentimientos, adquiriendo conciencia de los mismos, y luego, mejorar la activación y estructuración del proceso de desenvolvimiento interno de ellos.

La técnica de la pintura es frecuentemente confundida con la técnica del dibujo, pero la gran diferencia es que en la pintura el color se torna como elemento fundamental de la construcción del espacio. El color es medio de conocimiento, transforma lo real expresando una visión particular del mundo.

Así la pintura presenta un valor terapéutico distinto de las demás técnicas, pues facilita la expresión de las emociones a través de la fluidez de la tinta e induce movimientos de expresión de la psiquis del individuo.

Al valorizar la expresión en si y no la estética de la obra, se da más libertad al creador, pudiendo seguir su instinto y dejar en segundo plano lo racional, lo que le posibilita ser más auténtico y saludable. Después de elaborar las imágenes, los adolescentes se pueden sorprender a veces con su propio efecto, con la disminución de su autocontrol y de las censuras durante el proceso creativo. La pintura Arte Terapéutica consigue rescatar los aspectos más saludables de la personalidad. Los adolescentes logran percibir que sus sentimientos y emociones pueden ser compartidos con los compañeros de manera sana.

De esta forma, la pintura Arte Terapéutica benefició mucho el equilibrio emocional de los adolescentes, en el sentido que los ayudó a expresar y superar bloqueos, miedos, inseguridades, reconociendo su potencial creador y manteniendo una relación más saludable consigo y con los demás, además de fortalecer su auto estima. Este proceso pudo ser observado sobre todo por el cambio de comportamiento de los adolescentes, después del término del proceso.

Arte Terapia en el tratamiento de la Fobia Social

Es importante aclarar que no se encontró material bibliográfico que se refiriera específicamente al tratamiento de la fobia social mediante el Arte Terapia, pero a partir del material encontrado para tratar este trastorno desde la psicoterapia y referencia de tratamientos con arte terapia en otros casos, es que se puede bosquejar una aproximación al tratamiento de este tipo de fobias mediante el Arte Terapia.

“En el paciente fóbico la angustia se proyecta masivamente sobre un objeto o circunstancia juzgada como peligrosa o prohibida. La prudencia exige no aproximarse, ni siquiera en imagen, a estas arenas movedizas. A veces el objeto fóbico está encarnado tanto en el instrumento y los materiales a utilizar como en el acto mismo de dibujar o de tallar. La representación simbólica de aquello que provoca miedo puede servir para disminuir los efectos inhibitorios de la acción.

Evidentemente el fóbico tiene necesidad de “otro” reconfortante, no en el sentido que este desprecie el peligro, sino en el que es capaz de enfrentarlo.”⁽¹⁷⁾

El Arte Terapia entrega herramientas que en el caso del tratamiento de una fobia social permitirían enfrentarse a los temores de manera menos amenazante, ayudarían al reconocimiento de las causas de la fobia y facilitarían la exposición y superación de estos temores. María Christina Ribeiro, en el tratamiento con arte terapia de un paciente con crisis de pánico cuenta que “A través de la imagen de un cóndor sentado en una roca C. comprendió que el trastorno de pánico lo inmovilizaba, lo hacía incapaz de volar hacia sus sueños.”⁽¹⁹⁾

Las técnicas artísticas facilitarían la elaboración profunda de las emociones, de la auto imagen, y la imagen del entorno, que junto con técnicas como la imaginería, permitirían enfrentar gradualmente situaciones temidas y difíciles de enfrentar en la realidad permitiendo eliminar síntomas específicos, resolver problemas, modificar creencias y en fin ayudar al paciente a enfrentar sus miedos.

La obra puede aparecer como un espacio de contención y seguridad para expresar sentimientos y emociones difíciles, además el dibujar los temores puede facilitar su enfrentamiento ya que permite conocerlos, darles forma, dimensión, acotarlos haciéndolos menos temibles.

Los materiales como la arcilla pueden servir para trabajar la auto imagen, para transmitir ansiedades y canalizar emociones constructivamente dentro de un espacio contenido, las pinturas y los materiales gráficos pueden ser un gran vehículo para la expresión y toma de conciencia de las emociones y cogniciones, para enfrentar al paciente de forma segura y controlada con su posible distorsión de la realidad y temores.

⁽¹⁷⁾ (Paín Sara, Jarreau Gladis, Una Psicoterapia por el Arte, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1995)

⁽¹⁹⁾ Ribeiro Có María Christina, La contribución del Arte Terapia en el fortalecimiento de la identidad de un adolescente en conflicto con su orientación sexual, Proyecto final para optar al curso de especialización de post título en terapias de Arte, mención Arte Terapia, Universidad de Chile.

III. ANTECEDENTES DEL CASO

- **Descripción del centro de práctica**

CEMERA: Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Ubicación: Está emplazado en dos recintos de la Universidad de Chile en calle Profesor Zañartu N° 1030, en la comuna de Independencia.

CEMERA comenzó en 1981 como un centro de atención para adolescentes embarazadas y ha evolucionado hasta la fecha, entregando atención de salud sexual, reproductiva e integral a adolescentes de ambos sexos. Para esto cuentan con ginecólogos, asistente social, psiquiatra y psicólogos.

- **Descripción del caso**

A) MOTIVO DE CONSULTA

La paciente llega al CEMERA derivada por una asistente social del sector informando que “C” fue incitada a consultar por su tía paterna, quien cree que ella y su hermana menor se encuentran en riesgo social. No obstante en CEMERA, fue rápidamente descartada la posibilidad de riesgo en la conducta de ambas, por el contrario, las pacientes mostraron una conducta saludable y adecuada al contexto.

Se cree que esta preocupación excesiva por parte de la tía se debe más a algún tipo de manifestación de sus propios problemas personales que a una situación de riesgo real, se debe tener en cuenta que además ella presenta un diagnóstico de depresión bipolar, el cual está siendo tratado farmacológicamente.

El Arte Terapeuta en práctica pudo constatar en conversaciones telefónicas con la tía de la paciente, una posible exageración en la preocupación por el comportamiento de ésta, la tía habla de sus sobrinas como si estuvieran en riesgo inminente de caer en el alcohol, drogas o de sufrir un embarazo no deseado, situación que parece lejana a la realidad, ya que ninguna bebe alcohol, ni consumen drogas ni tienen pareja.

Lo que si se evalúa como un problema real, y que se pudo observar en la entrevista de la paciente con la psicóloga del CEMERA y que probablemente haya tenido repercusiones en distintos niveles sobre la vida de la paciente, es la dinámica disfuncional de la familia, entendiéndose por esta el abandono de la madre a la paciente y a su hermana a muy temprana edad (4 años la paciente y 3 años la hermana), además en otro momento trató de quemar la casa con ellas en su interior, a esto se suma la ocupación de marino mercante del padre, que le obliga a viajar y ausentarse por 5 meses aproximadamente, volviendo a Chile y permaneciendo un mes para luego volver a viajar. La psicóloga del CEMERA elaboró además el diagnóstico de Fobia Social en base a la gran dificultad expresada por la paciente para leer frente al curso. Con este motivo de consulta fue derivada a arte terapia.

B) ANAMNESIS ACTUAL

1.- Informe actualizado del CEMERA

N° FICHA: 6041

Nombre: C

Edad: 15 años

Nacimiento: 13-04-1990

Curso: 2° medio liceo industrial de la comuna de Renca

Derivada a CEMERA por: asistente social

Motivo de consulta: me siento demasiado sola

Derivada a Arte Terapia por: Carolina Leyton, psicóloga CEMERA

Motivo de consulta: posible Fobia Social

Observaciones en ficha del CEMERA:

- Hace más menos dos años que se siente así, además le cuesta concentrarse
- Hace aproximadamente 5 meses no sale porque le retaban mucho
- Horas de Sueño: 18:00-22:00 hrs. 23:00-6:30 hrs.
- Alimentación: desayuno, almuerzo (17:00 hrs.), once, a veces come en la noche
- Se siente bien, sin conductas suicidas, le cuesta hacer disertaciones, fobia social (+)
- Eventos traumáticos: peleas verbales de padres.
- Antecedentes mórbidos: hernia umbilical.

- Antecedentes de la historia escolar y laboral: No le gusta ninguna materia del colegio, le gustaría estudiar química y farmacia.
- Tiene amigos
- Se lleva bien con los profesores
- Tía con que vive: la encuentra pesada y no le tiene confianza

Situación familiar:

Nombre: R

Relación: **Tía paterna**

Edad: 51 años

Ocupación: dueña de casa

Observaciones: vive con ella desde los 6 años

Nombre: T

Relación: **Hermana**

Edad: 14 años

Ocupación: estudiante

Observaciones: vive con ella

Nombre: G

Relación: **Padre**

Edad: 42 años

Ocupación: marino mercante

Observaciones: trabaja en Sudáfrica, viaja durante cinco meses, regresa por un mes y luego vuelve a viajar por cinco meses.

Nombre: S

Relación: **Madre**

Edad: 33 años

Observaciones: no sabe con quien vive, tiene 3 hijos, la ve esporádicamente

Amigas:

Tiene dos amigas, C y T

Antecedentes familiares:

Madre: depresión, quiso quemar la casa con las niñas adentro

Tía paterna: Depresión bipolar

Primo paterno: abuso de drogas

Prima paterna: depresión, intento de suicidio

Primo paterno: depresión

Actividad sexual y relación de pareja

Pololeo: no

Relaciones sociales:

Principalmente chatea por Internet

Auto imagen:

- tímida
- le gusta escuchar a las personas
- le dan lo mismo muchas cosas

Objetivos que busca al consultar en CEMERA:

Superar la timidez

Actitud frente a entrevista clínica:

Inhibida

Diagnóstico:

Fobia social específica

IV. HIPOTESIS TENTATIVA

“C” presenta síntomas de ansiedad social específica, lo cual fue diagnosticado por la psicóloga del CEMERA, y corroborado por el terapeuta en práctica tras las primeras sesiones, en que “C” menciona que el motivo de su consulta es su pánico a leer frente al curso.

Según ella esto le está generando bastantes problemas, tales como, está bajando su rendimiento escolar debido a que no logra disertar los trabajos y además su autoestima se está viendo bastante dañada debido principalmente: a que “C” cree que la fobia social es un defecto de ella y no un trastorno que tiene tratamiento. Esto la hace sentir insegura frente a sus compañeros y además cree que sería mejor alumna y estaría mejor si no sintiera tanta vergüenza.

Si bien en una fobia social no existen causas específicas, probablemente en este caso, la disfunción en su entorno familiar sea un factor de gran importancia para el desarrollo de este trastorno. Recordemos que “C” aparentemente ha internalizado una imagen materna abandonadora y una imagen paterna poco estructuradora y acogedora, sumado a esto, no tiene una buena relación con su tía paterna, quien muestra desconfianza en sus actos constantemente. Todo esto la ha llevado a tener un sentimiento profundo de soledad y poca confianza en los demás y sobre todo una sensación de falta de apoyo y preocupación hacia ella.

“C” también expresó sentir rabia hacia su padre por no permanecer junto a ella o no estar cuando ella lo necesita, situación que probablemente esté ligada a su concepción de imagen masculina y que influya en su sensación de desconfianza frente a sus compañeros, no olvidemos que su temor a leer se limita a hacerlo frente a hombres.

Esto hace pensar que, si bien es necesario tratar la fobia social de la paciente, es importante que “C” pueda trabajar en terapia los conflictos producidos por su entorno adulto.

Se recomienda tratar la fobia social en conjunto con psicoterapia, arte terapia y eventualmente con la asesoría de la psiquiatra, en caso de ser necesario el uso de medicamentos.

V. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

OBJETIVOS GENERALES DE LA TERAPIA:

- 1- Lograr que “C” tome conciencia que padece ansiedad social como cuadro clínico.
- 2- Lograr que disminuya su ansiedad ante la situación gatilladora de la fobia.
- 3- Lograr que la paciente modifique sus cogniciones anticipatorias respecto a la situación fóbica.
- 4- Lograr que la paciente se exponga a la situación evitada.
- 5- Reforzar la autoestima de C

ENCUADRE O SETTING:

Espacio Físico

Las sesiones se llevan a cabo en una sala del CEMERA, la cual a pesar de estar junto a la fachada externa, adquiere un carácter privado y protegido, debido al recorrido para llegar a ella, que obliga a internarse hacia el fondo del recinto, donde es necesario pasar por la sala de espera, luego un pasillo angosto, por fuera de la cocina, un baño y tres consultas. Sumado a esto la sala tiene una ventana pequeña cercana al cielo, que la aísla visualmente del exterior, pero que deja pasar luz natural que sumado al ruido de las micros nos recuerda que está junto a la calle.

La sala en sí es pequeña, 1,20 x 2,50 aprox., aunque bastante alta, esto no permite mucho movimiento y limita el tamaño de los trabajos. Está equipada con una mesa de escritorio angosta y dos sillas. La puerta no puede cerrarse completamente, pero a pesar de esto, nadie interrumpe las sesiones y la terapia se realiza de forma tranquila. Se cuenta con un mueble, fuera de la sala, para guardar materiales y los trabajos realizados.

Materiales y Técnicas utilizadas

Desde el inicio de la terapia se entregó una variedad de materiales para el empleo de técnicas gráficas, modelado, pintura y collage. Entre los materiales se dispuso de greda, plasticina, block de dibujo, témperas, acuarelas, acrílicos, lápices grafito, lápices de cera, pinceles de distintas medidas, plumones, goma, saca puntas, pegamento en barra, toalla nova, mezclador, tijeras, papeles de colores, que permanecieron a disposición de la paciente durante la terapia con el fin de que pudiera elegir los materiales de su agrado y comodidad.

Tras las primeras sesiones en que se dio mayor libertad a la paciente en la elección de los materiales, por lo general escogió lápiz grafito o lápices de color, materiales que entregan un mayor control y están más ligados a la expresión de pensamientos que de emociones, por lo que en el proceso de guiar a “C” a conectarse y reconocer sus emociones, se le ofreció utilizar técnicas pictóricas.

Técnicas de modelado en greda, fueron usadas principalmente como un medio para descargar la ansiedad o en el trabajo de reconocer, dar forma y cuerpo al miedo, para poder enfrentarlo.

Se aplicaron además técnicas de imaginación, las cuales ayudaron bastante en el proceso de enfrentar a la paciente con la situación generadora de su fobia.

Todas las técnicas y materiales utilizados en la terapia buscaron responder a los objetivos de cada sesión y a las necesidades de la paciente, por lo que en ciertas ocasiones se agregaron técnicas cognitivas recomendadas en el tratamiento de la fobia social, como cambiar el foco de atención de la paciente en las situaciones que le generan ansiedad, o técnicas de relajación para disminuir los síntomas físicos, todos siempre dentro del marco del Arte Terapia.

Organización de las Sesiones:

Las sesiones fueron acordadas una vez por semana con duración de una hora en horario de 15:00 horas a 16:00 horas.

La llegada del terapeuta en práctica al CEMERA era a las 14:30 horas, dejando treinta minutos para ordenar la sala y preparar los materiales para cada sesión. En general tras la llegada de “C”, que siempre fue puntual, se dejaba un momento de saludo y bienvenida, en donde se preguntaba cómo estaba, y si tenía algo que contar, en seguida se revisaban los trabajos de la sesión anterior, con el fin de dar mayor continuidad a la terapia, luego se daba paso a un caldeoamiento, ejercicio

de relajación o de imaginación, dependiendo del objetivo de la sesión, para luego realizar algún ejercicio plástico, que en su mayoría fueron de forma directiva y solo en la fase final de la terapia se optó por una forma menos directiva.

Posteriormente se daba un momento para observar entre ambos la obra realizada y generalmente se preguntaba a la paciente si tenía algo que decir sobre ésta, cuando lo ameritaba el terapeuta hacía observaciones sobre la obra, a modo de pregunta, que buscaban resonancia en “C” sin ser interpretaciones de su trabajo.

Al finalizar la sesión, se recuerda a “C” la fecha de la siguiente sesión, para luego despedirse. Al retirarse la paciente, el terapeuta ordena la sala y se retira.

Durante cada sesión el terapeuta toma nota en una ficha de registro que contiene nombre de la paciente, N° de sesión, fecha, objetivos, actividad realizada, materiales y técnicas utilizadas, resultados y finalmente observaciones.

DESARROLLO DE LA TERAPIA

Fase Inicial

La fase inicial de la terapia tuvo lugar dentro de las dos primeras sesiones, sumadas a una visita anterior al centro. Es en esta etapa donde se tiene como objetivo conocer a la paciente, su historia personal, familiar, su motivo de consulta, se busca además presentar el encuadre o setting de la terapia, producir el primer acercamiento de la paciente con los materiales, acordar un objetivo de terapia y motivar la formación de un vínculo terapéutico.

Al iniciar la práctica el terapeuta en práctica organiza en primer lugar una sesión para reconocer el lugar, estudiar antecedentes de la paciente y reunirse con la psicóloga y personal del CEMERA, una vez recopilada esta información se acuerda con “C” la primera sesión.

En esta primera sesión se presenta el setting a la paciente, se explica qué es el Arte Terapia, se aclara el uso y el valor de las obras, se produce el primer contacto y familiarización con los materiales, se acuerdan los horarios, los límites y se comienza a formar el vínculo terapéutico entre la paciente y el Arte Terapeuta.

Al abordar el primer trabajo plástico, dirigido a conocer a la paciente, se tuvo especial cuidado en el nivel de ansiedad que podría provocar en ella, basado en esto se dio a escoger a “C” entre un trabajo no dirigido, donde se debía escoger un tema y materiales libres ó un segundo trabajo

más dirigido que consistió en “hacer un afiche publicitario de si misma” pero con técnica libre (Fig. 1). La paciente escogió realizar este segundo trabajo, argumentando que le era más grato y para el cual utilizó un lápiz grafito y lápices scripto para colorear, elección que desde un principio hace pensar en una preferencia de “C” por materiales que otorguen un mayor control, esto se puede asociar a características de las personas que padecen algún tipo de ansiedad social, las cuales tienden a un excesivo control de las situaciones y de si mismos.

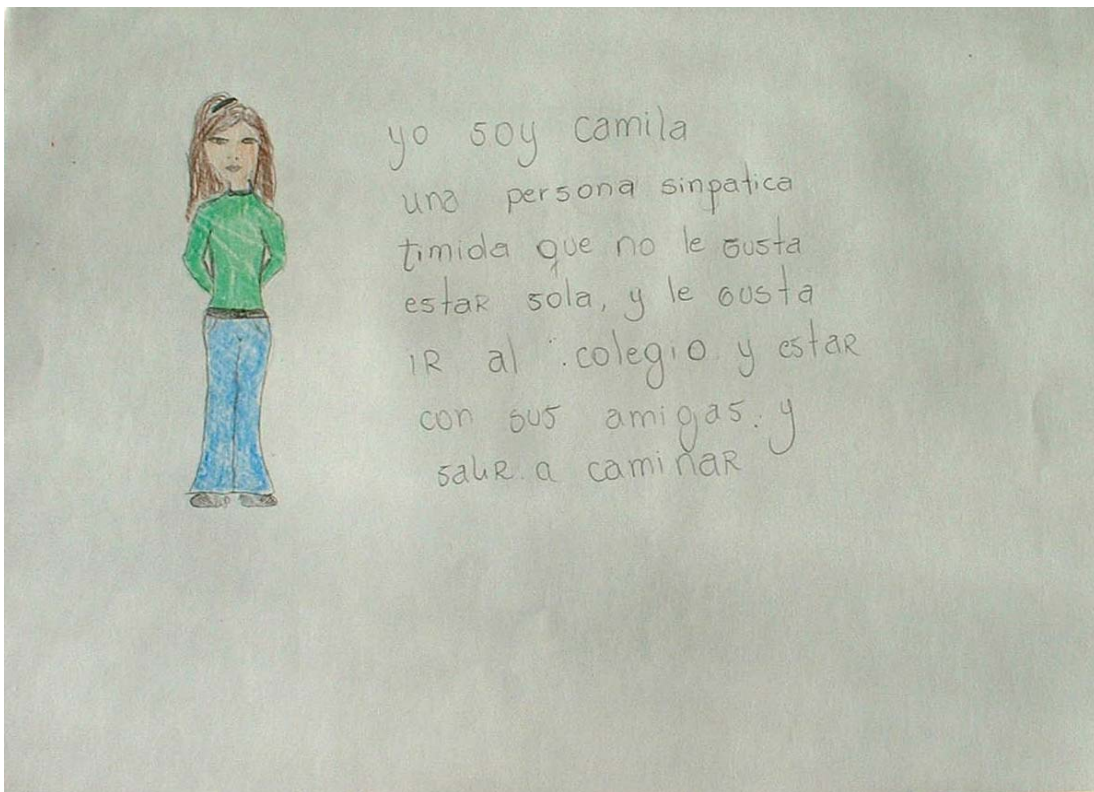


Fig. 1

En el segundo trabajo de la primera sesión se le pide a “C” que dibuje su mayor defecto (Fig. 2). En este trabajo aparece la paciente como una gigante parada frente a sus compañeros de curso, esta exageración en su tamaño hace pensar en un exceso de atención en si misma frente a esta situación o en un intento por reducir el tamaño del foco que le genera miedo.

En resumen la paciente piensa que este temor que la paraliza es un defecto de su personalidad, y desconoce que es un trastorno que tiene tratamiento, situación que fue aclarada por el terapeuta explicándole que lo que está viviendo es un trastorno de ansiedad, no un defecto personal y

además tiene tratamiento y con muy buen pronóstico. La paciente se alegra al enterarse de la posibilidad que se le presenta de superar esta situación, por lo que decide tratarse esta fobia sintiendo que así mejoraría su relación con sus compañeros y podría también mejorar su rendimiento escolar.

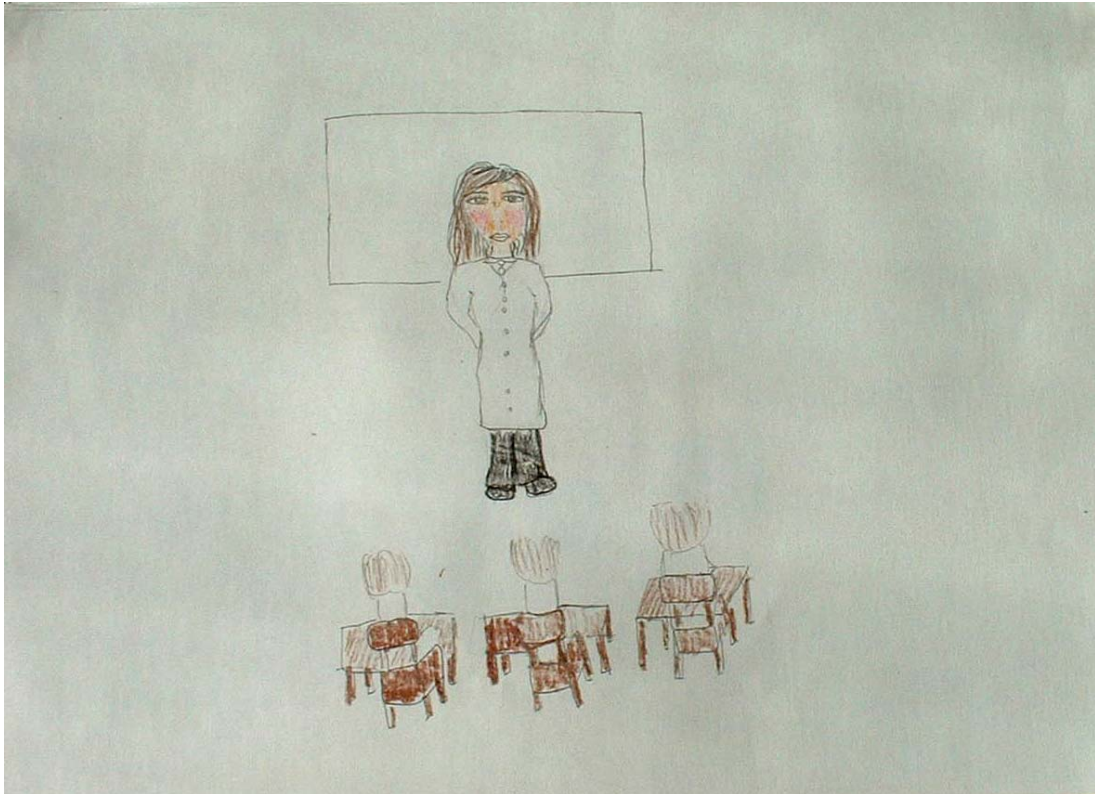


Fig. 2

Es en este momento cuando luego de la realización de los primeros trabajos plásticos se acuerda su motivo de consulta, decide con entusiasmo como objetivo de la terapia, tratar su fobia social específica, diagnosticada anteriormente por la psicóloga del CEMERA.

En la segunda sesión se aborda el tema de la situación familiar de la paciente, se le pide dibujar a su familia (Fig. 3) y se conversa acerca de su relación con los distintos integrantes de ella. En el dibujo aparecen de izquierda a derecha su hermana, ella, su tía y su papá.

Al consultarle por las emociones que siente hacia cada uno de ellos se observa una dificultad en el reconocimiento de estas, dice que su padre le produce alegría cuando está con ella y desprotección cuando no está, su hermana y su tía la hacen sentir acompañada y frente a su

madre no logra sentir ninguna emoción. Esta situación lleva a improvisar un trabajo en la sesión (Fig. 4) y se le pide a “C” que escoja un color que represente la emoción que siente frente a su familia.

La paciente escoge el color blanco y pinta un cuadrado, luego agrega que al pintar de este color sintió tranquilidad y silencio, a lo que el terapeuta agrega, en busca de resonancia en “C”, que a él le transmite además una sensación de congelamiento o encapsulamiento y “C” responde que le hace sentido, porque al tratar de sentir emociones frente a su familia se siente como “acorazada” o “congelada”. Esto hace pensar al terapeuta que la paciente probablemente no está muy conectada con sus emociones o que prefiera evitarlas.



Fig. 3

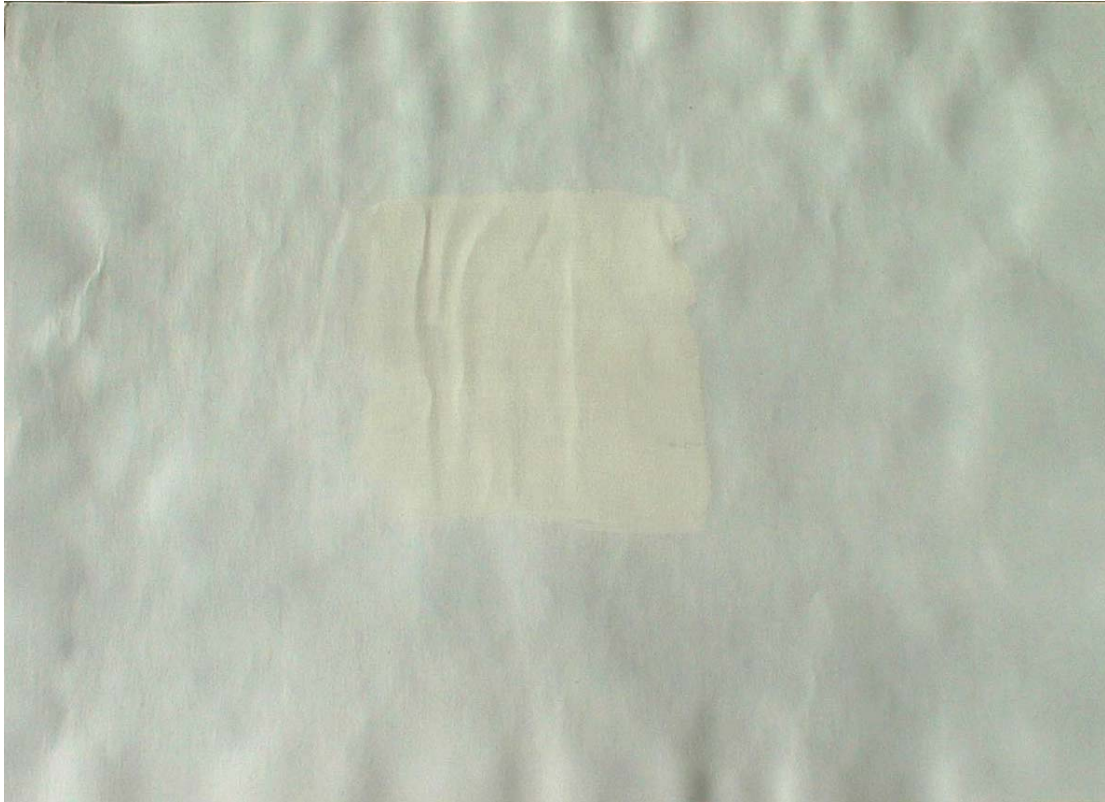


Fig. 4

Fase Intermedia

Esta etapa se desarrolló entre la tercera y la décima sesión, teniendo como objetivo principal el tratamiento de la fobia social de “C”, a través del Arte Terapia.

Como primer acercamiento al tema y en continuidad con la sesión anterior, se buscará que la paciente logre reconocer e identificar sus emociones. Para esto se realiza un trabajo de imaginación que la lleva a conectarse con el miedo, se le pide que escoja un color para esta emoción y luego la pinte sobre una hoja.

En este trabajo (Fig. 5) se logra reflexionar acerca de cómo el miedo, pintado de negro, se apodera de “C” ocupando toda su atención y paralizándola. De manera similar se trabaja con la vergüenza (Fig. 6) la que es expresada con un círculo de color rojo ubicado al centro de la hoja, trabajo que es interpretado por la paciente como la emoción que siente al verse a si misma como el centro de las miradas.



Fig. 5

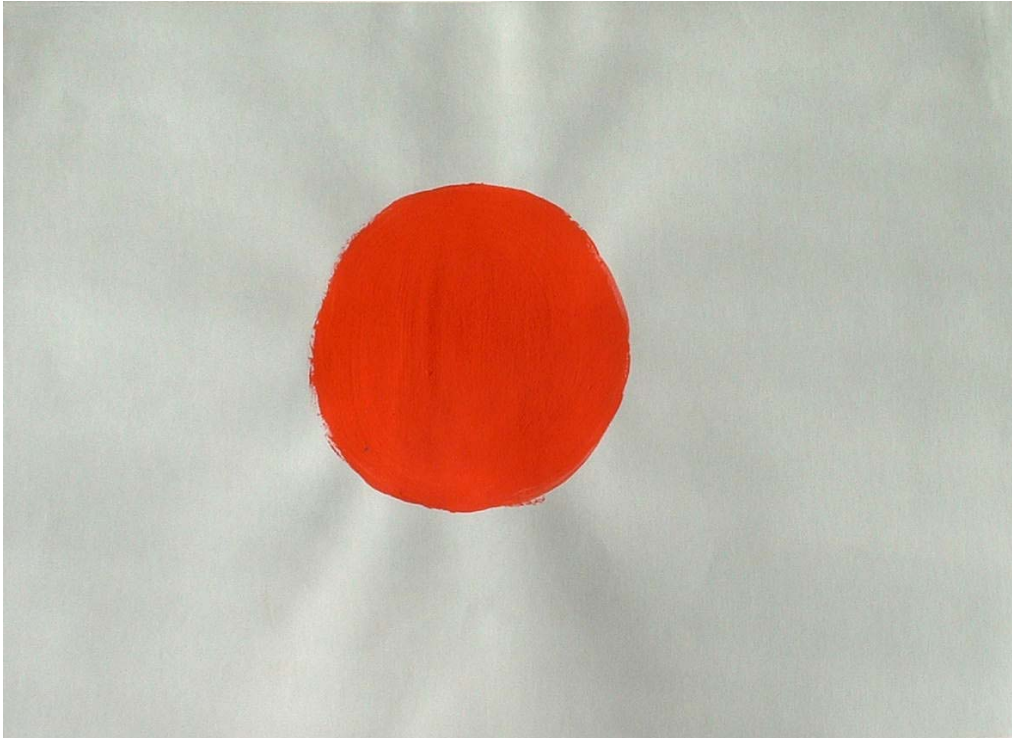


Fig. 6

En la cuarta sesión se vuelve a trabajar el miedo, pero esta vez con técnicas de modelado (Fig.7), para que “C” pueda elaborar su emoción en tres dimensiones. Primero se realiza un ejercicio de imaginación donde se contacta a la paciente con su sensación de miedo, luego se le pide que la observe, vea su forma, peso, textura, tamaño, color, etc. para luego ubicarlo en algún lugar de su cuerpo, en este ejercicio la paciente modeló su sensación de miedo como una estrella con puntas que se apoderaba de su estómago, la que finalmente, tras pedirle que tratara de cambiarla para que quedara como a ella le gustaría que fuera, fue transformada en una bola suave que se depositaba en un estómago más relajado. De esta forma y a través de medios plásticos se lleva a la paciente a reconocer su miedo, lo que más adelante puede ayudarla a enfrentarlo.

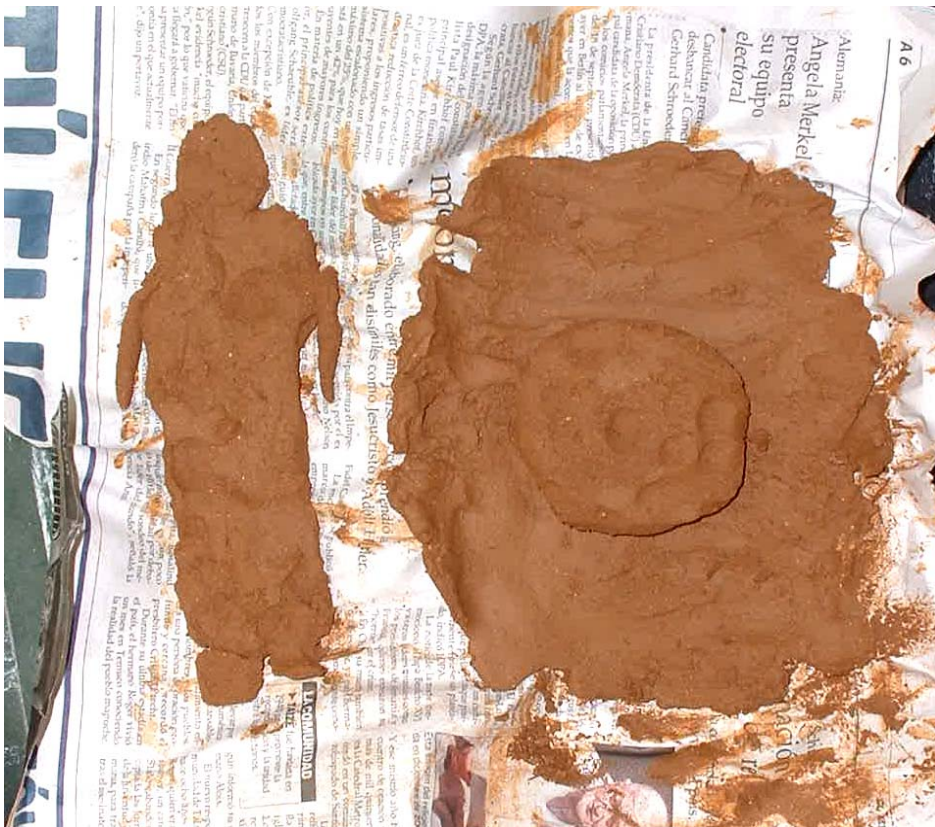


Fig. 7

Otro objetivo importante dentro de esta etapa fue conocer la autoimagen de la paciente, su visión del entorno, y la confianza en si misma, por lo que se trabajó en ayudar a “C” a descubrir sus potencialidades y dificultades personales.

Para esto, en la quinta sesión se realizan dos trabajos, uno donde ella debe pintar de un color sus cualidades positivas (Fig. 8) y en el otro sus cualidades negativas (Fig. 9).

Este trabajo permitió aclarar una forma de reacción de la paciente frente a sus problemas, que probablemente esté ligada a su comportamiento fóbico, en el primero siente que su sonrisa es lo mejor que tiene y lo mejor que puede entregar, pero a su vez se da cuenta que es una forma de encubrir ante los demás sus problemas y malestares internos, cuando siente que está mal, prefiere guardárselo para ella y aparecer para los demás con una sonrisa que la inunda y da a entender que todo está bien.

Tras este ejercicio se le pide pintar las cualidades positivas y negativas de sus compañeros de curso, para lo que pinta dos círculos que según sus palabras solo muestran cualidades negativas (Fig. 10), ya que ellos carecen de cualidades positivas.

En esta sesión ocurre un hecho que va a ayudar a definir uno de los objetivos finales de la terapia, en un momento de conversación la paciente afirma sentirse más segura que antes de empezar la terapia y cuenta que leyó frente al curso y se sintió menos temerosa que antes, por lo que el terapeuta la invita a leer frente a él, la reacción de “C” fue sentirse muy asustada y expresó que eso le generaba mucho miedo y que no podría leer a menos que se le obligue, rápidamente se le tranquilizó explicándole que ella no está obligada a hacer nada que no desee y que solo hará lo que sienta que puede hacer, sin embargo se aprovechó esta oportunidad para conocer su síntoma real, su sensación física y sus pensamientos acerca de su miedo.

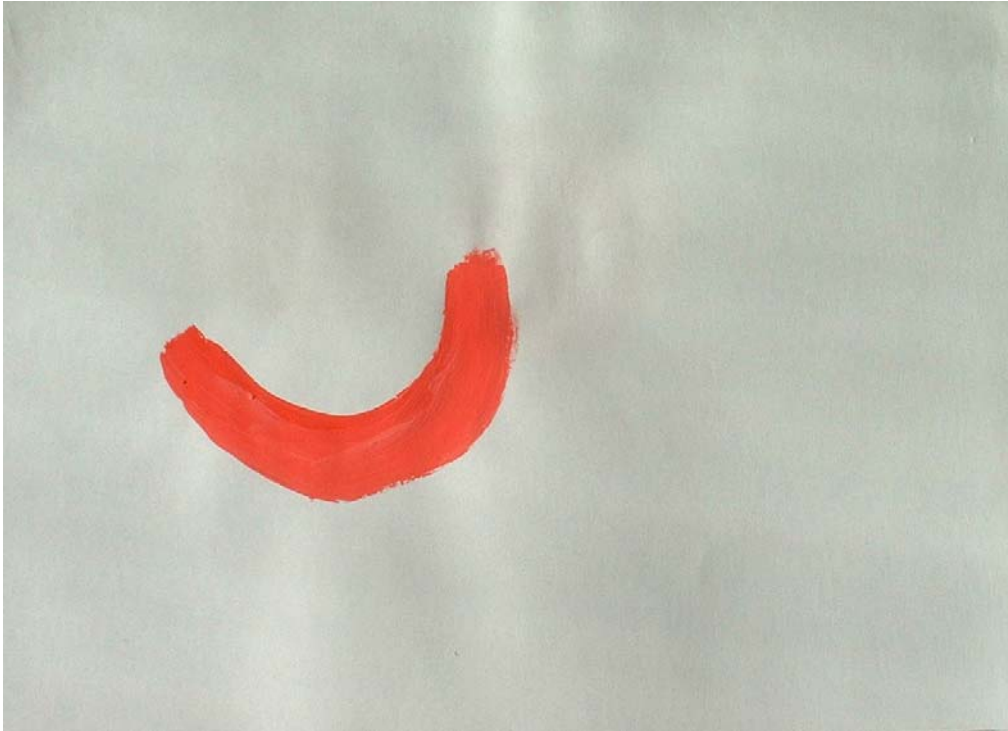


Fig. 8

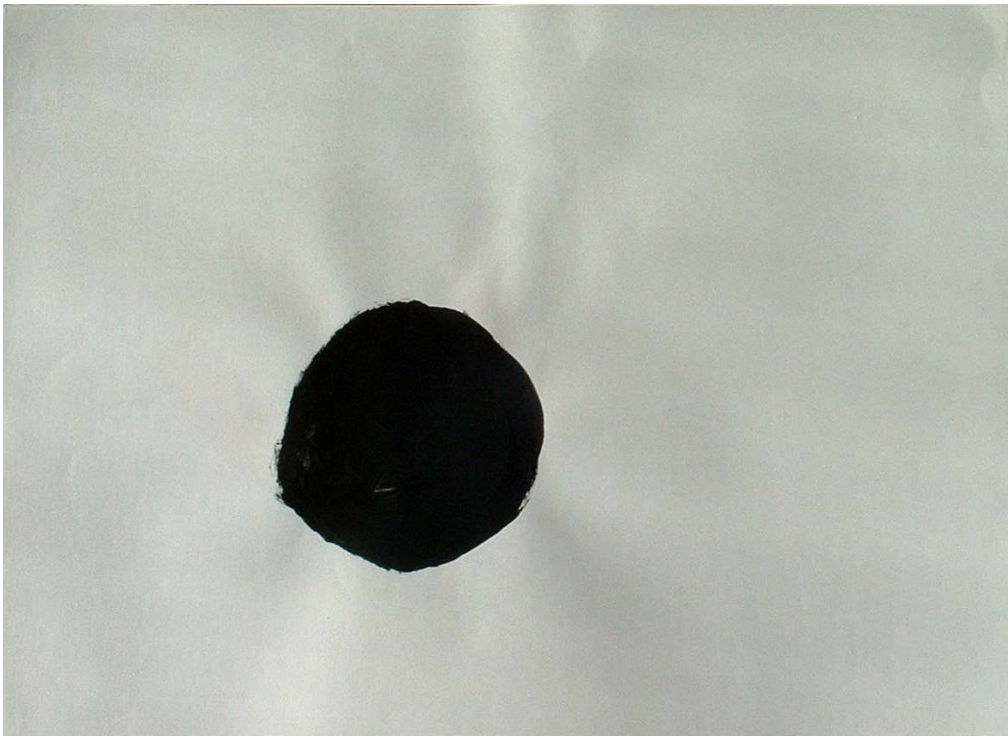


Fig. 9

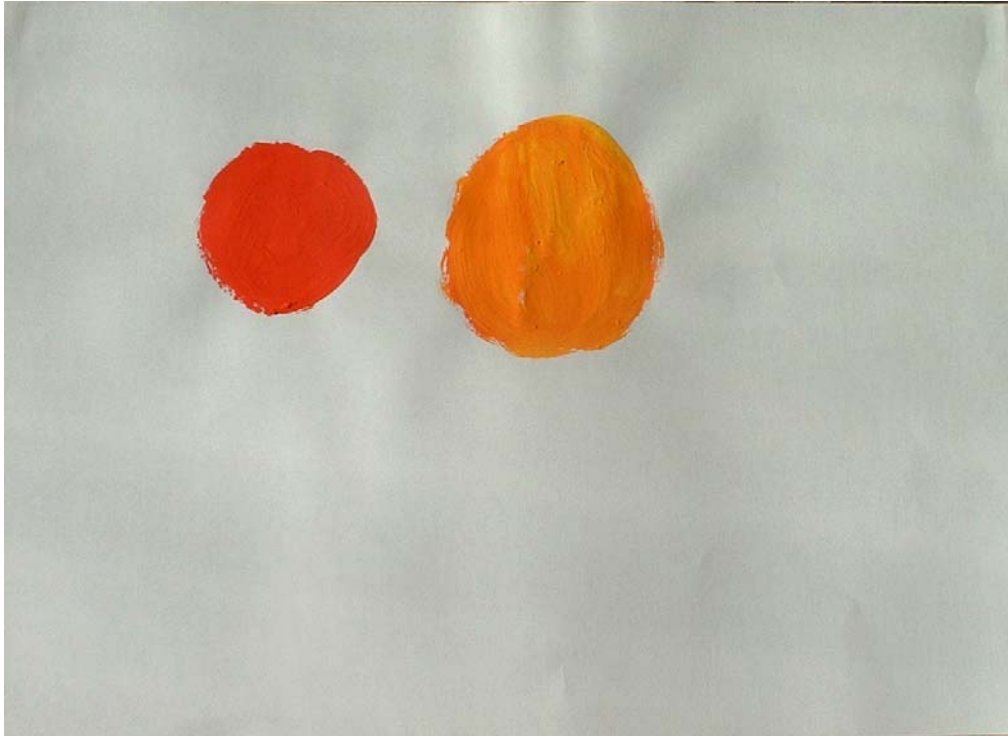


Fig. 10

Tras esta sesión hubo un período de inasistencias producto de varios feriados, por lo que al retomar la terapia se hizo una evaluación de ésta hasta ese momento, con el objetivo de decidir cómo continuar. Para esto se revisaron todos los trabajos hechos y se pidió hacer un dibujo del terapeuta, finalmente este trabajo arroja que la paciente siente que la terapia le ha servido y que está motivada a seguir, además tiene confianza en el terapeuta y espera que este pueda ayudarla. En esta sesión se habló además acerca de lo ocurrido en la última sesión, cuando se pide a “C” que lea frente al terapeuta, tras una reflexión acerca de los objetivos a lograr en la terapia se acordó que “C”, cuando se sintiera segura, leería frente al terapeuta, siendo esta una forma de verificar sus logros en la terapia.

Reanudando lo tratado en los últimos trabajos, se trabaja en ayudar a “C” a descubrir una posible interpretación negativa de la realidad, situación observada al pintar las cualidades positivas y negativas de sus compañeros, en que solo aparecen cualidades negativas.

La instrucción de este trabajo (Fig. 11) es que “C” escoja imágenes que considere negativas de los demás para luego ejercitar el cambiarla por una visión positiva y menos agresiva, esto podría

ayudarla a disminuir los sentimientos negativos asociados a la experiencia que desencadena su fobia social.

Al reflexionar sobre estos ejercicios, la paciente comenta haber comprendido que la visión positiva o negativa de la realidad también depende de su punto de vista y predisposición, a lo que agrega que ahora siente que esto le puede ayudar a ver las situaciones de manera menos amenazante.

Como paso a seguir, en la octava sesión, se busca poner en práctica los recursos aprendidos hasta ahora en la terapia, para lo que se realiza un ejercicio de imaginación acompañado con modelado en arcilla (Fig. 12), en él se enfrenta a “C” a la situación que le genera la fobia y se le pide que utilice los recursos que sienta útiles para sobrellevar la situación, además se le entrega una bola de arcilla para que la amase mientras está vivenciando el ejercicio con el fin de canalizar su ansiedad y tener finalmente un registro de esta.

Este ejercicio arrojó como resultado que la paciente se siente con más recursos para enfrentar la situación fóbica y además siente que puede tranquilizarse en caso de sentir vergüenza o miedo. Tras este comentario se le pregunta a “C” si se siente capaz de intentar leer de espaldas al terapeuta en la sesión siguiente, a lo que responde que sí, aunque solo de espaldas. Se le explica que no debe sentirse obligada a realizar esta prueba y que si siente miedo o demasiada ansiedad es algo natural y parte de la terapia y no significa un fracaso de ésta, por el contrario, sería de utilidad para investigar qué elementos se deben seguir trabajando.

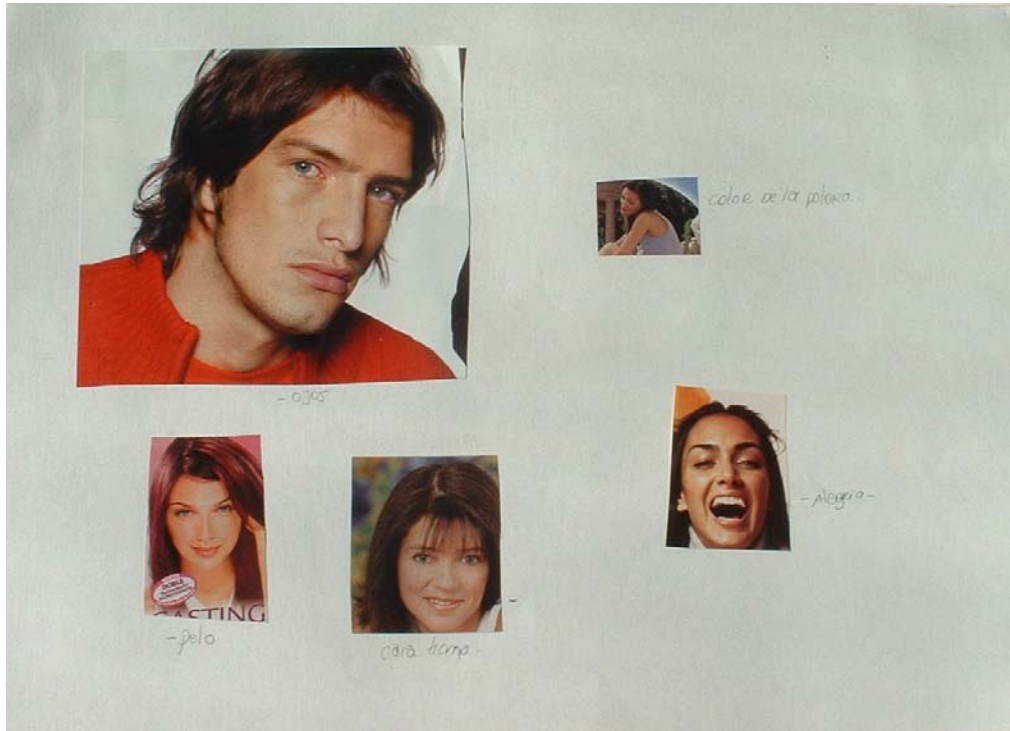


Fig. 11



Fig. 12

En la sesión número nueve, después de un ejercicio de relajación, la paciente logra leer por primera vez aunque de espaldas al terapeuta, lo que conlleva un gran avance dentro del proceso Arte Terapéutico. Finalizada la lectura, se pide a “C” que realice un trabajo plástico con el fin de indagar qué ocurre con ella a nivel inconsciente a estas alturas de la terapia.

Este trabajo consiste en dibujar garabatos y luego descubrir una imagen oculta y pintarla (Fig. 13), Este trabajo en un principio llamó la atención del terapeuta por varias razones, la imagen que aparece es interpretada por “C” como su madre, esto en primer lugar parecía desconectado de lo recién ocurrido en la terapia, sumado a que era la primera vez que la paciente integraba a su madre dentro de su trabajo plástico.

Más tarde se comprendió que era el inicio de un nuevo proceso que estaba comenzando a vivir la paciente, ya que estaba pensando en dejar a su tía “R” para irse a vivir con su madre, esto también se podría ver de alguna manera como el comienzo del final de la terapia, ya que desde este momento empieza a perder protagonismo el tema de la fobia social y pasa a ser de mayor importancia la situación familiar de “C”.

En la décima sesión la paciente lee ante el terapeuta en práctica, esta vez mirándolo de frente y leyendo un texto más extenso que el anterior, lo que reafirma el avance en la sesión anterior y se logra el objetivo propuesto en la terapia. Tras esta situación se pide a “C” que asigne un color a la emoción que siente en ese momento y pinte libremente en una hoja, la paciente escoge el color amarillo y pinta un círculo al medio de la hoja (Fig. 14), imagen que ya había aparecido anteriormente, pero esta vez llamaba la atención el borde del círculo con más movimiento e irregularidad que en las imágenes anteriores, lo que fue interpretado por ella como un inicio de apertura de su mundo interno hacia los demás, un posible “ablandamiento” o permeabilidad de sus barreras con los que la rodean, situación que la puso contenta porque siente que es un gran avance para ella.

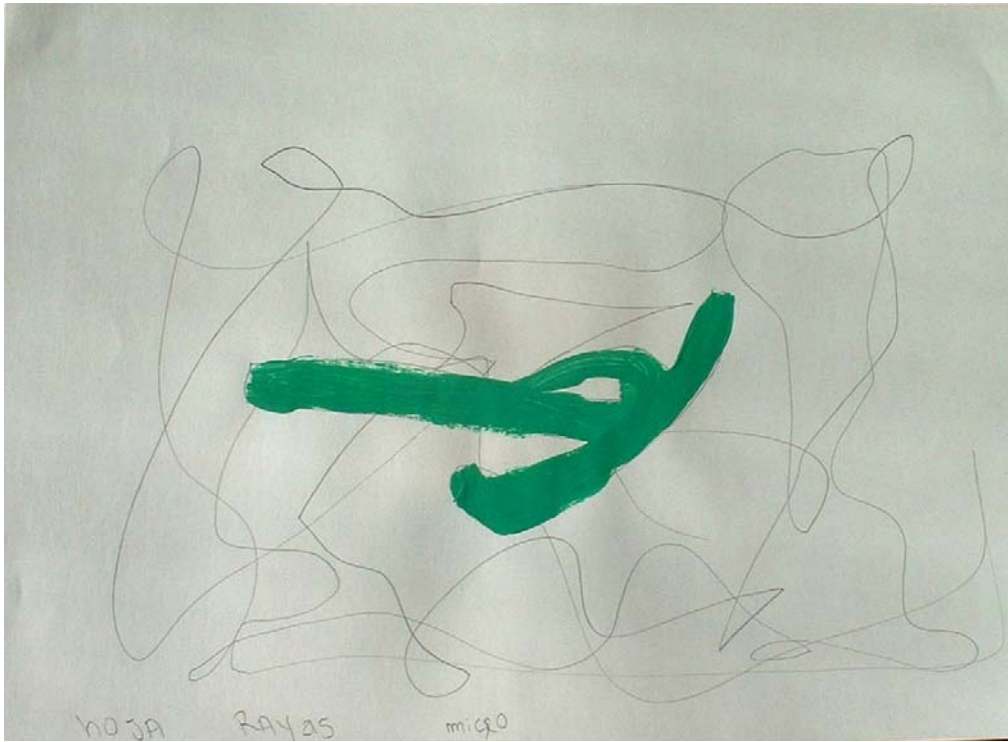


Fig. 13

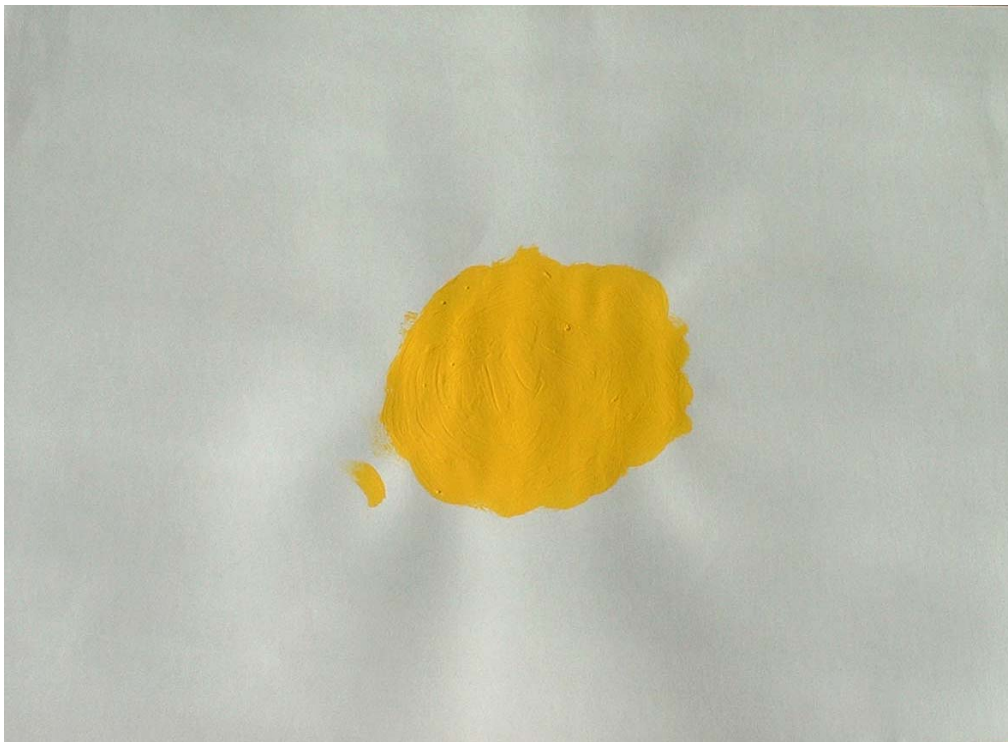


Fig. 14

FASE FINAL

Tras el logro del objetivo principal de la terapia, se empieza a dar inicio de manera natural a la fase final de la terapia, en la cual se tiene como objetivo el 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 a la paciente para la separación con el terapeuta.

Después de la sesión número diez se producen tres inasistencias consecutivas de “C”, las cuales fueron debidamente excusadas por la paciente, explicando que sus problemas familiares le impidieron asistir a la terapia, pero que está interesada en seguir.

Desde la sesión doce, al reanudar la terapia, se parte revisando junto a la paciente la totalidad de los trabajos realizados, con el fin de evaluar el proceso llevado hasta ahora y revisar objetivos para la finalización de la terapia. La paciente expresa que en general tiene la sensación de haber expresado en imágenes lo que le estaba pasando y que finalmente ha logrado bastante, sobre todo se alegra de haber podido enfrentar algo que en un principio consideraba un defecto propio y luego entendió que era un trastorno que tenía solución.

En esta etapa, el terapeuta considera adecuado realizar trabajos no dirigidos con el fin que aparezcan con libertad las emociones y pensamientos que vaya sintiendo la paciente frente al final del proceso, sumado a lecturas que reafirmen sus logros. Para esto se pide a “C” que exprese con técnica y materiales libres, cómo se siente en ese momento, ella realiza un collage donde aparece una mujer que “C” considera está en problemas (Fig. 15), luego expresa que desea estar con su padre, lo extraña bastante y se termina conversando nuevamente de su situación familiar actual.

Antes de finalizar la sesión realiza otro trabajo, esta vez con témpera, en que aparece ella sentada, apoyada en un árbol y sobre un suelo de trazos verdes, negros y amarillos (Fig.16), al preguntarle por los elementos de la imagen, que a primera vista transmiten una gran soledad y tristeza, ella dice que el árbol sería su tía “M” a quien considera como protectora y comprensiva, pero está triste porque preferiría que ese árbol fuera su padre, quien no la apoya como ella quisiera, finalmente cree que el piso le parece inestable y lo asocia a su tía “R” con quien vive o su madre a quien siente poco interesada por su persona.

Estos trabajos van corroborando la apertura de nuevos procesos en “C” relacionados a sus problemas familiares, que van tomando mayor protagonismo en las preocupaciones de la paciente, dejando en un plano tal vez secundario la preocupación inicial de esta terapia, se

explica a “C” que se considera saludable dejar que afloren estos procesos, pero no se puede profundizar mayormente ya que se está llegando al final de la terapia de Arte y por ahora debemos enfocarnos en cerrar este proceso, sin embargo se le recomienda revisar estos conflictos junto a la psicóloga.

Debido a que el proceso de finalización se va dando por si solo, se conversa la posibilidad de terminar antes la terapia y se llega a un acuerdo de completar catorce sesiones en lugar de dieciséis y solo en caso de reaparecer algún tema relacionado a la fobia social, se podrían hacer algunas sesiones extraordinarias.

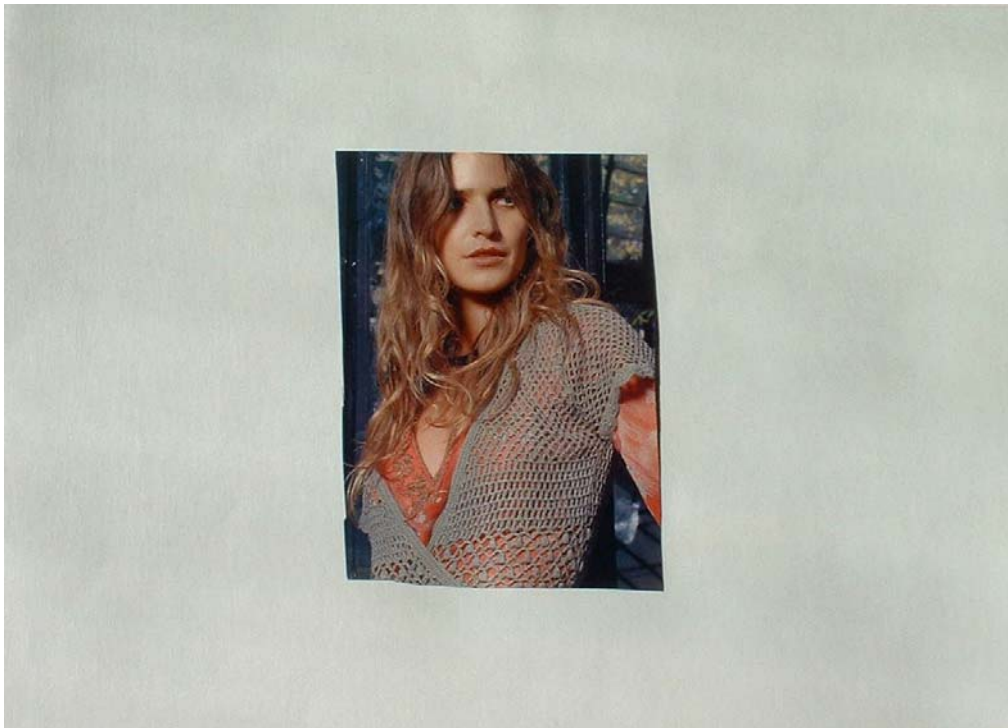


Fig. 15



Fig. 16

En la sesión número trece la paciente expresa su alegría por los logros en la terapia, realizando dos trabajos que sobresalen del resto por poseer mayor colorido, fuerza y libertad en sus trazos (Fig. 17 y 18), comenta sentirse más segura de si misma y feliz por haber podido enfrentar un miedo que creía imposible de superar, además le alegra saber que eso no era un defecto personal, por lo que para pintar, escogió colores que para ella son alegres.

La última sesión presentó una singular dificultad para el terapeuta que fue buscar algún trabajo que diera cuenta del cierre de la terapia, para lo que se partió revisando y comentando uno a uno todos los trabajos realizados, al terminar esta revisión la paciente se queda observando el primer trabajo, que consistió en un afiche publicitario de si misma, por lo que intuitivamente se le pidió en ese momento que realizara el mismo trabajo, pero desde su sensación en el último día de la terapia.

Este trabajo (Fig. 19), que parece haber sido propuesto por el proceso artístico, dio la sensación clara de haber cerrado un ciclo. Al compararlo con el primero se observaron casi los mismos elementos pero ordenados de manera diferente, además en el último aparece un margen verde que da la impresión de contener la imagen de la paciente y sus escritos.

Finalmente la paciente comenta su trabajo y dice que la imagen es ella cuando está sola, el color verde del margen es confusión, porque a pesar de sentir que tuvo logros en la terapia, siente que hay cosas que cambiaron en ella, pero que por el momento no las reconoce claramente, situación que no le angustia y espera dilucidar más adelante, aunque sí tiene claridad en que hay una diferencia desde el inicio de la terapia hasta ahora y es que al principio se sentía más introvertida y ahora se siente más relajada, abierta y orgullosa por enfrentar su miedo a leer en público.

Como última sesión y antes de la despedida, se le pide a la paciente que ayude a ordenar los materiales, tal vez simbolizando el orden interno de los elementos que formaron parte de esta terapia, finalmente se acuerda que los trabajos quedarán en manos del terapeuta mientras desarrolla la monografía y luego de esto, si ella lo desea, puede llevárselos. Se despiden con un abrazo y finaliza la terapia.



Fig. 17



Fig. 18

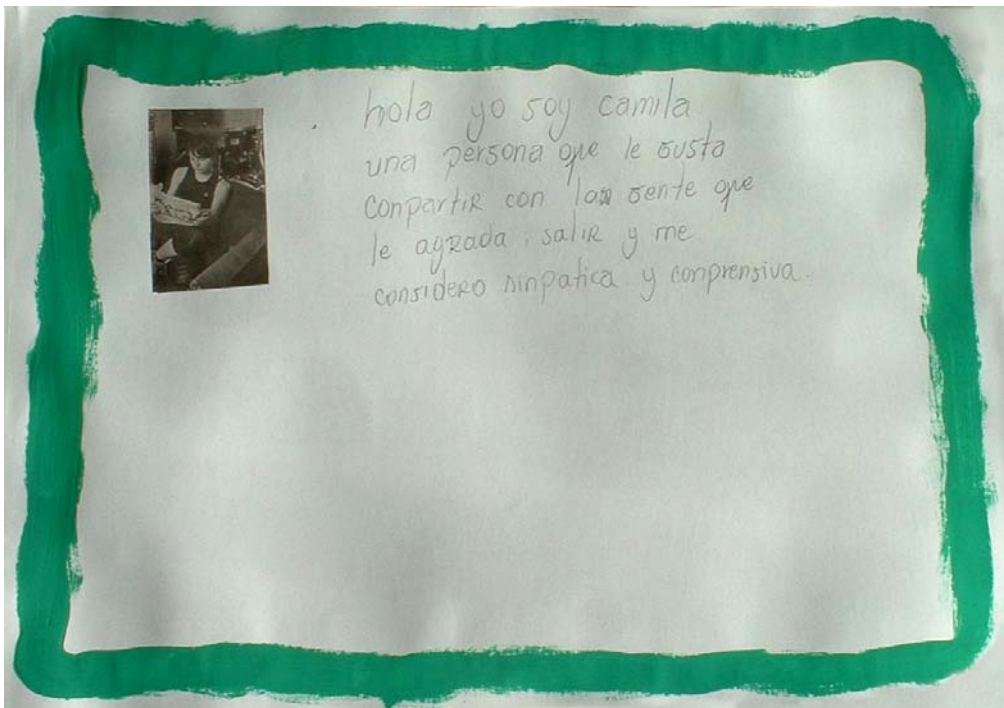


Fig. 19

VI. DISCUSIÓN y CONCLUSIONES

Al finalizar la práctica, en el tratamiento de Arte Terapia de una adolescente con fobia social, se concluye que a través de técnicas plásticas como la pintura, la imagería, el modelado y el collage, en conjunto con una relación terapéutica, basada en una aceptación incondicional, confianza, empatía y una constante atención al proceso, se logró que la paciente se expusiera a la situación evitada, además de una disminución en la ansiedad ante la situación temida.

A través del trabajo plástico, principalmente con el uso de técnicas pictóricas, que facilitan la expresión menos controlada, se logró el reconocimiento de emociones y la expresión de ellas dentro del marco de la terapia.

A través de la imagería y la elaboración de emociones con materiales artísticos, se entregaron herramientas para que la paciente modifique sus cogniciones anticipatorias respecto a la situación fóbica.

El trabajo de Arte Terapia en conjunto con el vínculo terapéutico, lograron reforzar la autoestima de “C”, permitiéndole creer más en ella y enfrentarse con mayor seguridad a problemas en el futuro.

En el caso específico de la fobia social, el Arte Terapia se presenta como un medio contenedor y poco amenazador para enfrentar el foco fóbico, permitiendo el acercamiento progresivo y controlado de la paciente hacia su temor.

Dentro del proceso terapéutico, fue necesario mantener todos los sentidos atentos, tanto a la paciente, las obras, la relación terapéutica y el proceso en sí. En consideración de la duración de la práctica, se optó por una forma más directiva en la etapa inicial e intermedia con el fin de abordar temas específicos del trastorno de ansiedad social y solo en la fase final se optó por una forma menos directiva. No obstante, es importante aclarar que siempre primó la flexibilidad ante lo que sucediera en cada sesión.

Aunque el proceso terapéutico estuvo enfocado al tratamiento de “C”, el terapeuta estuvo en constante revisión de su propio proceso personal, tanto dentro de la terapia con “C”, en su psicoterapia personal, como en su trabajo como artista, esto ayudó sin duda a tener una mayor capacidad de empatía con la paciente, mayor claridad en la transferencia y contratransferencia y una mayor familiaridad con el lenguaje gráfico en la terapia.

El terapeuta, Como estudiante en práctica de Arte Terapia ha podido vivenciar el gran aporte de esta disciplina a personas y grupos que busquen crecer personalmente y mejorar su salud y

calidad de vida. Finalmente se podría considerar que debido a lo reciente de esta especialidad, nos corresponde ser exhaustivos en el registro experiencial de cada caso, ya que estos serán un gran aporte para el desarrollo y difusión de nuestra profesión, además espacios de reflexión como el generado en la supervisión de práctica, adquieren gran importancia en el aprendizaje y desarrollo de Arte Terapeutas.

VII. BIBLIOGRAFÍA

1. Alfonso Valladares, Ana Cláudia, Oliveira, Cristina Alves, Arte Terapia com Adolescentes, Arte terapia, Reflexoes, Revista Departamento de Arte terapia do instituto Sedes Sapientiae Ano VII, Nº 6, 2004, Edit. Regina Aparecida dos Santos.
2. American Psychiatric Association, DSM-IV, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, editorial masson S.A. España, 2002.
3. Arratia Urbina claudia, La flexibilidad en la terapia, basado en una terapia de trastorno de pánico, Proyecto final para optar al curso de especialización de post título en terapias de Arte, mención Arte Terapia, Universidad de Chile, facultad de Artes, escuela de post grado, Santiago, Chile, 2004.
4. Araya Silva Claudia, Correa Salinas Valeria, Sánchez Díaz Soledad, LA Expresión Plástica: potencialidades y Aplicaciones como Herramienta Psicoterapéutica, Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, escuela de Psicología, Santiago, Chile, 1990.
5. Aron Rubin Judith, The Art of Art Therapy, Brunner Mazel publishers, New York 1984.
6. Collarte Carmen, Situación de los jóvenes en Chile, Psicopedagogía del Escolar Medio, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, 2000.
7. Dalley Thessa, Art as Therapy, Tavistock Publications, London and New York.
8. Feldenkrais Moshe, “Autoconciencia por el movimiento”, ejercicios fáciles para mejorar tu postura, visión, imaginación y desarrollo personal, Editorial Paidos, Buenos Aires, Argentina, 2005.
9. Hammer Emanuel F. Test Proyectivos Gráficos, Editorial Paidos, Barcelona, Buenos Aires, México, 1997.
10. Hazen, Andrea L. Stein, Murray B. “Clinical Phenomenology and Comorbidity” en Stein, Murray B. (editor). “Social Phobia”. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC. 1995. En Mahaluf Jorge, “Atrévase”, Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.
11. Kramer E., Art as Therapy with Children, New York, Schocken books, 3ª edición, 1974.
12. Mahaluf Jorge, “Atrévase”, Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.
13. Mahaluf, Jorge, Jóvenes que temen demasiado, editorial Grijalvo, Santiago, Chile, 2002.

14. Marinovic Mimí, Arte Terapia, Escuela de postgrado facultad de artes universidad de Chile, santiago, Chile, 2003.
15. Marinovic Mimí, Las Funciones Psicológicas de las Artes, publicado en Letras de Deusto, Vol. 24 N° 62, Enero-Marzo 1994.
16. Nhat Hanh Thich, La paz está en cada paso, Sello Azul, Santiago, Chile, 2000.
17. Paín Sara, Jarreau Gladis, Una Psicoterapia por el Arte, teoría y técnica, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.
18. Quiroga Naranjo Javiera, Apoyo en la definición de la identidad sexual de un adolescente a través del Arte Terapia, Proyecto final para optar al curso de especialización de post título en terapias de Arte, mención Arte Terapia, Universidad de Chile, facultad de Artes, escuela de post grado, Santiago, Chile, 2004.
19. Ribeiro Có María Christina, La contribución del Arte Terapia en el fortalecimiento de la identidad de un adolescente en conflicto con su orientación sexual, Proyecto final para optar al curso de especialización de post título en terapias de Arte, mención Arte Terapia, Universidad de Chile, facultad de Artes, escuela de post grado, Santiago, Chile, 2004.
20. Roa, Armando. "Psiquiatría". Edit. Andrés Bello. Chile, 1981. En Mahaluf Jorge, "Atrévase", Editorial Grijalvo, Santiago, Chile 1999.
21. Sandín Bonifacio. Ansiedad, miedo y fobias en niños y adolescentes. Edit. Dykinson, S.L. Madrid 1997. (B. Sandín en Mahaluf, Jorge, Atrévase, editorial Grijalvo, Santiago, Chile, 1999.
22. Sheehan Elaine, Ansiedade, Fobias e Síndrome do Pânico, Edit. Ágora, Sao Paulo, Brasil, 2000.
23. Wadeson H., Art Psychotherapy, New Cork, John Wiley and Sons, 1980.

Sitios Web

www.arteterapia.org.br

www.artteraphy.org/index.htm

www.arttherapy.org

www.arteterapiachile.cl (ACAT, Asociación Chilena de Arte Terapia)

www.baat.org

www.consultapsi.com

www.medichi.cl

www.mentalhealth.com

www.metafora.org

www.minsal.cl Ministerio de Salud del Gobierno de Chile

www.monografias.com/trabajos7/coem/coem.shtml#emo

www.tmidez.cl timidez y fobia social

www.who.int/es/

VIII. ANEXO 1

Registro de las Sesiones

Ficha de registro para La Sesión Uno

Paciente: C

Nº de sesión: 1º

Fecha: 05/septiembre/2005

Objetivos:

- motivar a C para formar el vínculo con el terapeuta, en un encuadre de confianza y aceptación incondicional
- Buscar un motivo a trabajar en conjunto dentro de la terapia
- Motivar el acercamiento y afinidad de la paciente con los materiales
- Conocer a la paciente
- Conocer la auto imagen de la paciente

Actividad realizada:

- Presentación mutua, presentación del setting, primer acercamiento con los materiales
- Actividad de relajación, consistente en ejercicios de respiración, apretar y soltar músculos.
- En primera instancia se plantea un trabajo libre y con elección libre de materiales, aunque pensando en que un ejercicio no directivo podría generar ansiedad en la paciente, se da la opción de escoger un ejercicio de carácter directivo que consiste en la consigna “ haz un afiche publicitario de ti misma” con técnica libre (terminó muy rápido por lo que se decidió hacer otro trabajo)
- Dibuja tu mayor defecto (luego el terapeuta nombrará las 7 cosas que más le gusten, diciéndole, me gusta tu.....)

Materiales y Técnicas utilizadas:

Escoge lápiz y goma para realizar el ejercicio “haz un afiche publicitario de ti misma”, luego pinta con lápices de cera.

Resultados:

Se queda de acuerdo en trabajar en conjunto con la sicóloga el tema de la fobia social, en situación de ponerse frente al curso.

Observaciones:

La presentación inicial fue algo tensa y con poca participación de ella, su imagen tímida y reservada calza con la descripción hecha por la sicóloga del CEMERA al terapeuta en práctica.

Luego de presentarle el setting a “C” se le pide hacer un dibujo libre, pero teniendo presente su problema de ansiedad, se da la opción de realizar un trabajo más dirigido por el terapeuta.

La paciente prefiere realizar el segundo trabajo que consiste en hacer un afiche publicitario de si misma, esto permitiría conocer principalmente cómo se ve o cómo se muestra la paciente frente al terapeuta.

Dibuja con la mano derecha, se sienta erguida, medio tensa, aunque después de un rato toma una posición un poco más relajada

Al revisar su primer trabajo, se comenta el hecho que la paciente se dibuja con las manos atrás, imagen que al terapeuta da la sensación que “C” podría tener cautela en compartir lo que sienta o piense y tal vez le cueste aferrarse a los demás, a lo que “C” responde que eso le hace sentido, porque ella no se muestra fácilmente y siente que no tiene en quien apoyarse mucho.

Luego de realizar el segundo trabajo se comenta el hecho que “C” aparece claramente con mayor tamaño que sus compañeros, en contraposición al gran temor que estos le generan, tal vez buscando negar el tamaño de este foco de temor o hacerle frente.

Al preguntarle que es lo que se quiere tratar, responde que le da lo mismo, por lo que se le propone tratar el tema de ansiedad social y responde en una primera instancia que podría ser, luego se le pregunta si quiere trabajar el autoconocimiento y le agrada la idea, aunque en

realidad prefiere tratarse la fobia social, porque cree que por eso tiene bajas notas y bajo rendimiento. Ella siente que sería mejor alumna si superara esta vergüenza.

Ficha de registro para la Sesión Dos

Paciente: C

Nº de sesión: 2º

Fecha: 12/septiembre/2005

Objetivos:

Conocer a C, su relación familiar y entorno

Actividad realizada:

- Ejercicio de relajación, caldeamiento inespecífico
- Se le pide dibujar a su familia.
- Se le pide escoger un color que se relacione con la emoción que tenga en ese momento.
- Se le pide que en su casa anote las emociones que sienta y luego las asocie a un color.

Materiales y Técnicas utilizadas:

- primero se uso lápiz grafito, goma de borrar y hoja de block
- en el segundo trabajo se utilizó tempera blanca sobre hoja de block

Resultados:

Se habló de su familia, sus relaciones, y de sus defensas para no sentir mucho las emociones

Observaciones:

No parece presentar resistencia al ejercicio de relajación, sigue las instrucciones sin problema.

Al pedirle dibujar a su familia con técnica libre, escoge el lápiz grafito inmediatamente, luego de dibujar colorea con lápices scripto. Se ve concentrada en su dibujo. Al pintar se mueve casi imperceptiblemente en la parte superior de su cuerpo, pero los pies los mueve bastante (tal vez de una forma ansiosa o nerviosa), su forma de pintar con los lápices, casi frenética, moviendo la muñeca hacia el frente y hacia atrás rápidamente, podría interpretarse como un calmante para su posible ansiedad.

Al terminar su dibujo, la paciente comenta el orden del dibujo de izquierda a derecha, su hermana, ella, su tía y su papá.

Cuenta que con la abuela materna no se lleva muy bien, debido a que cuando su padre viene a Chile se queda con la abuela de ella y no con ellas, lo que la hace sentir que está la abuela primero y después ella y su hermana.

Se le pregunta acerca de las emociones que siente frente a cada integrante de su familia, a lo que responde que:

Padre: siente alegría cuando está, y cuando no está siente desprotección

Tía: compañía

Hermana: compañía

Mamá: ninguna emoción

Comenta finalmente que no siente ninguna emoción al ver a su familia dibujada

Por lo que con el fin de hacer un primer acercamiento a reconocer sus emociones, se le pide que escoja un color que represente la emoción que siente en el momento. Escoge el color blanco, luego agrega que al pintar en blanco sintió tranquilidad y silencio. El terapeuta le dice que la obra le transmite una especie de congelamiento o encapsulamiento, a lo cual ella responde que siente esa sensación al tratar de sentir una emoción frente a su familia, siente que está como “acorazada”. Esto hace pensar que probablemente no esté muy conectada con sus emociones o que prefiera evitarlas, por lo que se le da la tarea de anotar las emociones que sienta en su casa y las asocie a un color (esto la llevará a detenerse y reconocer cada emoción, finalmente a conectarse con sus emociones las que serán contenidas y tratadas dentro de la terapia).

A handwritten table on a grid background. The table has two columns. The left column lists emotions, and the right column lists colors. The entries are: Alegria (celeste), Rabia (negro), vergüenza (rojo), soledad (blanco), emoción (amarillo), Incomodidad (azul), and abundancia (café).

Alegria	celeste.
Rabia.	negro.
vergüenza	rojo.
soledad	blanco.
emoción	amarillo.
Incomodidad	azul.
abundancia.	café

Trabajo realizado por "C" donde sus emociones son relacionadas a un color

Ficha de registro para la Sesión tres

Paciente: C

Nº de sesión: 3º

Fecha: 26/septiembre/2005

Objetivos:

- continuar trabajando el reconocimiento de las emociones, como inicio para trabajar la fobia social
- reconocer e identificar el miedo a través de la pintura.

Actividad realizada:

- Caldeamiento, conexión con su cuerpo, breve imaginería para llevarla a conectarse con el miedo, preguntándole que se imagine lo que le da más miedo (relacionado con la fobia social probablemente)
- una vez conectada con la emoción se le pide que escoja un color y pinte en la hoja que tendrá a su lado, luego se darán 15 minutos para comentar el trabajo (Termina antes de lo esperado así que se le pide que pinte en color rojo desde la vergüenza que sintió al exponerse frente al curso. Se escoge este color porque es el que ella asignó a esta emoción en la tarea anterior).

Materiales y Técnicas utilizadas:

Témpera y papel

Resultados:

Se toma conciencia y se reconoce la emoción del miedo y la vergüenza.

Observaciones:

Luego de la imaginería, que la llevó a situarse en la sala de clases, leyendo frente a su curso, se le pide designar un color a la emoción que siente, por lo que “C” escogió el color negro para partir pintando desde la emoción del miedo. Tal vez el negro opaco y espeso hable de una “paralización por miedo”, la paciente comenta que el miedo, cuando aparece, ocupa todo su espacio, se podría decir que ocupa toda su atención, situación análoga al dibujo, en que el negro deja muy poco margen en blanco, ocupa casi toda la hoja.

Paciente y terapeuta están más relajados que en la 1º sesión, se siente más confianza entre ambos (“C” al pintar tiene una actitud menos tensa que en las otras 2 sesiones anteriores)

La paciente expresa tener principalmente miedo a quedarse sola, a que muera su padre, a la soledad y la oscuridad. Que muera su madre o el resto de su familia no le da tanto miedo.

Al observar su tarea de la sesión anterior se le pide que pinte en color rojo la vergüenza, con el fin de comenzar a reconocerla. En este segundo trabajo “C” parte pintando un círculo rojo, casi al centro de la hoja y rodeado del blanco de la hoja sin pintar, luego dice: “soy el centro de las miradas cuando me da vergüenza” (este comentario llama la atención del terapeuta, por parecer una analogía con el trabajo de la paciente) “creo que mis compañeros se dan cuenta que estoy nerviosa”, “cuando estoy nerviosa siento que me sube mucho la presión y me puedo desmayar, me dan ganas que el momento se acabe rápido y no tenga que seguir disertando.

Se le da una tarea para realizar en la semana, preguntar a un compañero que le de confianza, si se le nota que está nerviosa y que piensa él de eso, con el fin de ir enfrentando gradualmente a la paciente con la realidad y verificando que sus pensamientos acerca de los demás y de lo que estos piensan de ella, podrían estar equivocados o marcados por prejuicios propios de pacientes fóbicos.

Ficha de registro para la Sesión Cuatro

Paciente: C

Nº de sesión: 4º

Fecha: 03/Octubre/2005

Objetivos:

- Reconocer y enfrentar el miedo a través de materiales artísticos
- Trabajar la capacidad de autocontención de la paciente, para ayudarla a adquirir confianza en sí misma.

Actividad realizada:

- Caldeamiento, conexión con su cuerpo, ubicar en el cuerpo la sensación de nervio (miedo) cuando está frente al curso disertando. Imagina esa parte del cuerpo moldea esa sensación en greda, una vez moldeada trata de arreglar lo que no te guste con greda.
- Haz una figura humana en greda.

Materiales y Técnicas utilizadas:

Imaginería y modelado en Greda

Resultados:

Tras la tarea que se le pide en la sesión anterior, la paciente le preguntó a su compañero acerca de si se notaba que se ponía nerviosa y se sintió mas tranquila, ya que este le dijo que si notaba que ella se ponía roja, pero que a el también le pasaba y que la entendía.

En esta sesión logró visualizar su miedo a través de la greda y pudo hacer el ejercicio de resolver por sus propios medios la situación para transformarla en beneficiosa para si misma.

Observaciones:

En el caldeamiento se llevó a recordar y sentir en el cuerpo la emoción que antecede a la exposición en el curso, y luego lo mismo pero exponiendo en clases, luego se le pide que de forma a esa sensación y lo trabaje en greda (forma, energía, tamaño)

Siente que el miedo es como si se posaran “estrellas” en su estómago, es como si paralizaran su estómago. Se le pide que haga el estómago en greda y coloque la estrella de miedo en ese estómago (el estómago lo trabaja con movimientos controlados pero tensos). La “estrella” se deposita en el estómago y hace sentir nervios.

Tras analizar su sensación corporal frente a una situación de miedo al exponer en clases se le pregunta ¿Cómo lo arreglarías? ¿Qué cambios harías en tu figura de greda?

Ella dice que le gustaría transformar la “estrella” en relajación (ella dice que quiere controlar el miedo). Transforma la estrella en una bola menos amenazante, que se deposita en un estómago relajado.

Cree que sus compañeros se reirían porque está roja, “Me dirían estay roja y más nervio me daría”.

Tras esta acotación de “C”, se le pide realizar una tarea en su colegio: Debe preguntar a algún compañero, que ella sienta relativamente cercano, si se nota que se pone roja y que le pasa a él con esto.

Tarea 2: leer frente a unas compañeras, amigas de confianza y que no le generan mayor ansiedad.

Como último trabajo de la sesión, se le pide hacer una figura humana en greda, y la paciente hace un cuerpo acostado, poco definido, con brazos y piernas casi imperceptibles. En general la figura transmite una sensación de fragilidad, debilidad y poca fuerza.

Se pregunta a la paciente, quien es la persona que hizo y contesta que podría ser ella, luego se le hace ver la sensación de debilidad que transmite la figura al terapeuta y “C” comenta que muchas veces se siente así, con poca energía.

Ficha de registro para la Sesión Cinco

Paciente: C

Nº de sesión: 5ª

Fecha: 24/Octubre/2005

Objetivos:

- Guiar a “C” a descubrir sus potencialidades y dificultades personales, para llegar a identificar cual es su idea de si misma, e identificar una posible distorsión de estas imágenes que la lleven a un comportamiento fóbico.

Actividad realizada:

- Primero se realizó un caldeamiento inespecífico, guiado a relajar a “C”
- Se guía a “C” a pensar en las cualidades de si misma, que considere positivas y luego se le dará la consigna “asigna un color a cada cualidad y luego pinta libremente con estos colores sobre una hoja”.
- Se guía a “C” a pensar en las cualidades de si misma, que considere negativas, luego se le dará la consigna “asigna un color a cada cualidad y luego pinta libremente con estos colores sobre una hoja”.

Materiales y Técnicas utilizadas:

Hojas de block, tempera, pinceles y agua

Resultados:

Cumple con la tarea acordada en la sesión anterior y leyó frente a un grupo de amigas, luego les preguntó como lo hizo y ellas le dijeron que bien, “C” siente que de todas maneras ella se siente en confianza con ellas, por lo que no fue difícil leer.

Esto lleva al terapeuta a pensar que si ella no tiene problemas en leer frente a personas en quien confíe, sería importante saber que imagen tiene de sus compañeros, frente a quienes teme disertar, por tanto que sería bueno hacer los mismos ejercicios de esta sesión pero pensando en sus compañeros.

Observaciones:

Se le hizo ver que hasta ahora ha sido muy valiente al aceptar su problema y decidir enfrentarlo, además se le comenta la importancia que tiene en su tratamiento el que ella se atreva a realizar las tareas acordadas.

Se comienza con el ejercicio N° 1, ella parte pintando en rosado, que para ella es su risa, pinta con forma de “U” lo que parece una mueca de risa. Al finalizar dice que es lo único bueno de ella.

Comienza el segundo trabajo, escoge el color negro, termina de pintar y dice “cuando estoy mal, prefiero guardármelo para mí, así que, cuando tengo una emoción, no se me nota”.

Se ordenan los trabajos sobre la mesa, para analizarlos en conjunto, ella comienza a decir que siempre tiene una sonrisa en la cara, si tiene un problema se lo guarda y lo disimula riéndose, además dice “no tengo quien me pregunte ¿Cómo has estado?”, luego agrega “creo que la gente debe decir, no pensé que le pasaría esto a ella”.

El tiempo permite hacer un trabajo más por lo que se le pide que pinte de la misma forma que los dos trabajos anteriores, las cualidades positivas y negativas que ella ve en sus compañeros de curso. Luego de pintar comenta que algunos compañeros le empiezan a decir que está roja y le gritan “apágate”, o algunos se ríen, al final esto le da más vergüenza.

Agrega que “ellos no se ponen en mi lugar, no piensan” y dice que no tienen ninguna cualidad positiva.

Luego terapeuta y paciente se detienen a analizar las 4 pinturas y se descubre una similitud con trabajos anteriores, en que la obra se conforma por un círculo solitario de color casi al medio de la hoja, luego el terapeuta comenta que los círculos le parecen como una persona que protege sus asuntos internos y que se aísla con ellos, a lo que “C” responde que está de acuerdo con la observación y que ella se ve de esa forma a sí misma. Se le pregunta si ella ¿sabes que es lo que no se puede mostrar y se resguarda tanto y por que se resguarda?, con el fin de indagar en su auto imagen, posiblemente distorsionada. Esto puede ser un gran elemento a trabajar en el tratamiento de la fobia social, sobre todo partiendo de la base que “C” tiene conciencia de esta situación.(se le pide que anote en la semana cualidades positivas y negativas que considere de ella)

Siguiendo la suposición de que el miedo a disertar frente a sus compañeros esté influenciado por la imagen temeraria que ella tiene de estos, se le pide que haga el ejercicio de imaginárselos como si fueran bebés , antes de disertar ante ellos, con el fin de bajar la imagen que la atemoriza de ellos. Ella se ríe de este ejercicio, lo encuentra divertido, se le pide que experimente imaginando al terapeuta en esta situación a modo de ensayo, lo que le genera más risa y dice que le resulta fácil imaginar esto.

La sensación de seguridad que transmite, da la idea al terapeuta de preguntarle si se atrevería a leer algo frente a el, a lo que ella responde que no, eso le genera mucha vergüenza, esto genera inicialmente una sensación de duda en el terapeuta, acerca de lo adecuado en lo planteado a “C”, pero luego se toma conciencia de la oportunidad única para conocer el síntoma real, y se pregunta a “C” ¿Qué sientes ahora?, ella responde “mucho nervio, al decir que no, no quiero, me da nervio”, se le pregunta ¿Qué sientes que podría pasar si lees ahora? Ella responde que leería mal de nerviosa, a lo que se responde ¿Qué problema hay con ello? Ella responde que no sabe, luego se le pregunta por su sensación física y responde que se siente “acelerada”, “me dan ganas de terminar rápido”, se le dice que no debe preocuparse, que en la terapia no se le obliga a nada y solo hará lo que ella sienta que puede hacer, esto parece calmarla.

Antes de finalizar la sesión y con el fin de darle una herramienta para sobrellevar la disertación del próximo miércoles 26 de octubre, se le pide que anote cada cuantos minutos se pone nerviosa, esto le permitirá desenfocarse de los síntomas fóbicos, ayudandola a sobrellevar de mejor manera la situación. Se da por finalizada la sesión.

Ficha de registro para la Sesión Seis

Paciente: C

Nº de sesión: 6ª

Fecha: 07/Noviembre/2005

Objetivos:

- Hacer una evaluación de la terapia hasta ahora, con el fin de decidir como continuar, y afinar los objetivos.

Actividad realizada:

- ejercicio de relajación
- caldeoamiento específico con el fin de revisar mentalmente la terapia desde el primer día hasta hoy
- revisar todos los trabajos hechos y hacer un análisis de la terapia hasta el momento (¿Qué piensa C de la terapia?, ¿Qué metas tiene c con la terapia?, ver en que etapa estamos y cuanto podríamos lograr dentro del tiempo que nos queda, ¿Qué sentido le ha encontrado a la terapia?, etc.)
- realización de 3 test para verificar la fobia social y acotarla con mayor exactitud
- ejercicio plástico con la consigna: “dibuja al arte terapeuta”

Materiales y Técnicas utilizadas:

Revistas, tijeras, pegamento stic fix, hoja de block

Resultados:

La sesión de hoy a servido para reafirmar la relación terapéutica y para reorientar, con objetivos más cercanos a la realidad, esta terapia.

Observaciones:

Al revisar los trabajos hechos en las sesiones anteriores, comenta que de la primera sesión se acordaba bastante (un afiche de ella misma y su mayor defecto), de la segunda un poco menos, de la cuarta casi no se acordaba (trabajo con greda) y de la tercera tampoco (color y emociones). Se podría decir que se acordó más de los trabajos en que se trabajó principalmente con la mente que con las emociones, tal vez esto se podría interpretar como que “C” está menos conectada con sus emociones.

Al conversar y hacer las preguntas acerca de su impresión de la terapia hasta ahora, ella mencionó que siente que le ha servido para hablar más del tema con sus compañeros, también siente que le ha ayudado el saber que los demás también se pueden poner nerviosos, acota: “yo pensaba que me pasaba a mí nomás”.

Los ejercicios le han gustado, luego dice que no sabe si le han servido, agrega: “son dibujos en que hago lo que me pasa”, “antes de esto no había enfrentado mi miedo ni las emociones”, y siente que esto le ha ayudado, continúa diciendo: “yo pensaba que era un defecto mío y me di cuenta que era un miedo” tras esta frase se le explicó lo importante de haber tomado conciencia de esto.

En general siente que le ayuda tratar el tema de su fobia en esta terapia.

En comparación con el primer día, siente que ahora hay más trabajo, todas las sesiones son diferentes y eso la motiva y le gusta.

Al conversar acerca del trabajo que debía exponer en el colegio comentó que se sintió mejor al analizar una canción en frente del curso, al principio quería terminar rápido, pero luego de aplicar el ejercicio de “desviación de la atención al foco fóbico”, consistente en mirar el reloj y recordar cada cuantos minutos sentía síntomas de ruborizarse, pasaron solo 20 segundos y se calmó, dijo lo que tenía que decir y después terminó el trabajo. Tras esto agrega: “no se si ha sido por esto (refiriéndose a arte terapia), pero siento que he mejorado hartito, ahora no me acordé mucho que tenía que disertar”. Se le explicó que esto era un gran avance, y se le hizo ver lo importante de su compromiso con la terapia y además se le explicó que en caso de sentir que retrocede en el proceso, sintiendo mayor vergüenza o temor en una próxima disertación, no debía preocuparse, ya que es normal en el tratamiento de este tipo de fobias que se tenga una especie de “recaída” lo cual no implica que se haya perdido lo logrado hasta el momento, sino que es un indicador de que quedan elementos por analizar y tratar.

Luego agrega que siente confianza al venir a terapia, dice: “cuando le hablo a usted de mis cosas, siento que usted sabe de que le hablo y eso me deja tranquila”, “cuando me pregunta cosas es como si supiera lo que estoy sintiendo”.

Se habló de la sesión anterior y de la situación que se generó cuando se le pidió que leyera frente al terapeuta, lo que terminó en un acuerdo en que ella se comprometió a leer frente al terapeuta, más adelante, cuando se sienta segura.

Se revisó un trabajo que realizó en el colegio, donde anotó algunas cualidades de si misma que ella considera negativas, como peleadora (negro), floja (azul) y otras positivas, Sincera (blanco), alegre (celeste), tranquila (amarillo). Se le comenta que el terapeuta cree que C tiene un buen número más de cualidades positivas, como compromiso, madurez para enfrentar sus problemas, etc. A lo que “C” dice no haberse fijado mucho, porque lo hizo en poco tiempo (se le encarga que siga agregando cualidades a la lista). Al decir “C” que se encuentra floja, el terapeuta responde que en terapia no da esa impresión, pues hace todos los trabajos en las sesiones y cumple con las tareas encargadas para su casa, a lo que ella responde que muchas veces no estudia ni hace tareas para el colegio, porque duerme demasiado, llega a las 16:00hrs. Del colegio y generalmente duerme hasta el otro día. Esta situación claramente no es normal, se le pregunta si se ha realizado algún examen físico para descartar alguna enfermedad, a lo que responde que no. Este trastorno del sueño puede tener variadas causas, desde una anemia, depresión, tal vez ligada a la fobia social, por lo que se le pide que tome una hora con la psiquiatra del CEMERA, Vania Martínez, con el fin de chequear esta situación y realizarse los exámenes pertinentes. Esto se suma a que tras la revisión del tiempo restante de terapia, tal vez el tratamiento de la fobia mediante arte terapia, quede inconcluso, por lo que en conjunto con “C” se acuerda que debe tratarse en conjunto a arte terapia y la sicóloga Carolina Leyton, con la Psiquiatra del CEMERA, para revisar la posibilidad de necesitar algún tipo de medicamento como apoyo a la psicoterapia y con el fin de terminar completamente el tratamiento. Finalmente se concretó una hora para el 22 de noviembre con la sicóloga y una para el 21 de noviembre con la siquiatra.

En el ultimo trabajo, “dibujar al arte terapeuta, con técnica libre”, la paciente decide hacer un collage con imágenes de revista y escribir al costado (fig.11)

Cual: malar

buenas

- feledora - negro. - sincera - blanco.

- floja. - azul. - Alegre. celeste.

- tranquila. - Amarrillo.

20 seg.

Ficha de registro para la Sesión Siete

Paciente: C

Nº de sesión: 7ª

Fecha: 18/Noviembre/2005

Objetivos:

- Ayudar a “C” a descubrir una posible cognición negativa de la realidad, para luego ejercitar el cambiarla por una visión positiva y menos agresiva

Actividad realizada:

- Caldeamiento inespecífico: caminar libremente por la sala, sentir y tomar conciencia del cuerpo.
- Caldeamiento específico: imaginería en que se presentará la situación de exponer frente al curso desde una perspectiva negativa y luego desde una visión positiva
- Escoger imágenes en revistas, que “C” considere “negativas” para luego pegarlas en una hoja y escribir sobre ellas todas las características “positivas” que encuentre.

Materiales y Técnicas utilizadas:

Imaginería, Revistas, pegamento, hoja de block

Resultados:

Luego de reflexionar sobre los ejercicios realizados en esta sesión, “C” logro comprender que la visión de realidad “positiva” o “negativa” depende de su punto de vista y predisposición, elemento de gran importancia en las fobias, ya que existe la tendencia a una visión negativa de la realidad.

“C” siente que podrá utilizar esta herramienta para adecuar su visión de las cosas y vivirlas menos amenazantes.

Observaciones:

En el ejercicio de imaginación se le presentó la siguiente situación: El director del colegio, quien ella ve como alguien muy estricto, poco comprensivo y un desconocido para ella, le pide que lea una carta muy importante a su curso, luego al enfrentarse al curso se le dice que sus compañeros son muy pesados con ella, de hecho es seguro que se burlarán cuando ella lea y piensen que lo hace mal, en general se busca enfrentarla a una visión completamente negativa y agresiva de la realidad, finalmente se le pide que deje atrás esta historia y se procede a un ejercicio de relajación. En segundo lugar se le presenta la misma situación, pero ella pensando que el director es muy comprensivo y tiene una gran imagen de ella, es más, él la escoge porque estima que es un regalo a su buen desempeño en el colegio, luego entra a la sala y debe leer ante sus compañeros que ella siente muy cercanos y comprensivos, además sabe que ellos la consideran muy inteligente y la quieren, ella sabe que la apoyarán en caso de equivocarse al leer y se lo tomarán con humor, etc. En general se le muestra la misma situación pero ahora desde una visión positiva, siempre se le pregunta lo que va sintiendo mientras se le cuentan ambas historias.

Al preguntarle por la primera historia ella responde que se sintió mal, sintió pena, incomodidad, nerviosismo, impotencia frente a sus compañeros y rabia por cómo eran con ella. Le daba miedo leer en esa situación. En la segunda historia se sintió más segura de que todo saldría bien, alegría, mayor comodidad al leer, y comenta: “incluso hubiera disfrutado leer con la buena onda del ambiente”.

Luego se le hizo ver que en ambas historias estaban las mismas personas en un mismo lugar y situación, la diferencia era cómo eran percibidos por ella, se le explicó que en parte la fobia social funciona de esa forma, proyectando en los demás actitudes negativas y peligrosas y que generalmente estas actitudes no son reales.

En el tercer ejercicio se le pidió buscar imágenes en revistas que le parecieran negativas o que le generaran miedo, escogió 5 rostros, uno que expresa “el piensa que está mal lo que ella hace”, la segunda expresa burla, la otra lástima por ella, otra indiferencia y la última expresa desprecio. Se le pide que sobre cada imagen escriba todas las características positivas que encuentre, para lo que escribe, ojos bellos para la primera, alegría la segunda, lindo color de polera, cara tierna y bonito pelo en la última.

Finalmente se le pregunta su opinión sobre el ejercicio a lo que responde que: “las personas que hacen cosas malas también hacen cosas buenas”. Finalmente se conversó acerca de que, a veces es uno el que pone características malas o buenas en las personas que no conoce, y que para ella sería útil aplicar este ejercicio con sus compañeros de curso, a quienes ve como posibles agresores o generadores de vergüenza, por lo que se toma el acuerdo de buscar características positivas en sus compañeros para comentarlas en la próxima sesión.

Ficha de registro para la Sesión Ocho

Paciente: C

Nº de sesión: 8ª

Fecha: 21/ noviembre/ 2005

Objetivos:

- Disminuir los sentimientos negativos asociados a la experiencia que desencadena la fobia social, en este caso, el leer frente a público masculino.
- Poner en práctica los recursos aprendidos hasta ahora en la terapia

Actividad realizada:

Caldeamiento: ejercicio de relajación, basado en la respiración, imaginando que el aire está mezclado con un relajante muscular y que recorre todo el cuerpo, liberándolo de toda tensión o dolor.

Ejercicio:

- Sentada, se le pide que cierre los ojos, luego se le lleva a imaginar que esta vivenciando la situación que le produce miedo, se le explica que debe imaginarse leyendo de la forma más real posible.
- Luego debe pensar en un recurso personal, adquirido en la terapia de arte y que le sería útil para sobrellevar la situación.

- Se le pide que se imagine en la situación, pero ahora con ese recurso nuevo en su poder. Se le pide que vea como cambia la situación, tal vez se torne más agradable y positiva.
- Si siente que aún hay algo que la incomode, se le pide que busque otro recurso y vuelva a aplicarlo hasta que sienta que la situación mejora (siempre recordando que no es obligación sentirse mejor y que sería normal dentro del proceso de recuperación pensar que no ha mejorado mucho, pero que es bueno intentar aplicar los recursos aprendidos).
- Luego se le pide que abra los ojos lentamente.
- Durante todo el ejercicio se le pide a “C” que tome un bolón de greda y que lo moldee libremente con sus manos (esto servirá como registro emocional).

Materiales y Técnicas utilizadas:

Imaginería y greda

Resultados:

“C” reconoce tener más recursos para enfrentar la situación temida y se decide para la próxima sesión, intentar leer frente al terapeuta.

Observaciones:

Al imaginarse leyendo sintió miedo y nerviosismo, sobre todo al pararse delante de sus compañeros, el recurso que aplicó fue el de tratar de aumentar la sensación de miedo, en lugar de luchar contra ella, lo que le dio buenos resultados, sintió que el miedo tendía a desaparecer. Luego imaginó que sus compañeros eran unos bebés, lo que también sintió que le sirvió de ayuda para sobrellevar la situación. Sintió que estaba más relajada y que ella se veía a si misma más tranquila.

Se le pregunta que siente que le puede haber faltado mejorar, a lo que contesta que le hubiera gustado pensar que no había ninguna posibilidad de que algún compañero la moleste, el pensar que la podrían molestar la hacía sentir que todo podría salir mal y no podía relajarse, pero sentía que igualmente podría haber seguido leyendo si no tomaba atención de las burlas. Reconoce que no es su culpa ponerse roja pero si la molestan le daría más vergüenza. Se le pregunta si sabe por

que pasa eso a lo que responde que no sabe. Se reflexiona el tema y se llega a concluir que si un gordo es molestado por otro gordo, la burla tal vez carece de peso, ahora si fuese hecha por una persona con un cuerpo perfecto, la burla surtiría efecto, siempre y cuando pensemos que el otro es perfecto o mejor que uno. Entonces nos preguntamos si había alguien en el curso que fuera perfecto y que no sintiera ni un grado de ansiedad, a lo que concluimos que era muy poco probable, y que tal vez el que la molestara estuviera proyectando en ella su propia angustia de leer, además ella debía recordar que sus intenciones de leer eran las de comunicar lo escrito, no de demostrar gran personalidad, desplante, inteligencia, por lo que no debía sentir presión de “deber ser”.

Finalmente se le pregunta si siente que tiene más recursos que antes para enfrentar la situación, a lo que responde que antes no sabía que decir, trataba de ponerse menos roja, lo que tenía el efecto inverso porque se centraba aun más en el síntoma. Ahora siente que sí le funciona lo aprendido en la terapia y que confía en estos recursos.

En vista que estamos en la mitad de la terapia decidimos ponernos metas más claras y acotadas para las próximas 6 sesiones. Acordamos para la próxima sesión partir leyendo de espaldas al terapeuta algún escrito que le sea fácil, no muy extenso. Se le pide que anote todo lo que sienta desde esta sesión a la otra, por ejemplo si siente miedo de enfrentar ese momento, si siente que no quiere hacerlo, o si se siente capaz

Acordamos que como prueba final deberá leer ante el terapeuta, parada al medio de la sala un escrito más extenso que el anterior (se recomienda lo mismo anterior, anotar lo que sienta y siempre tener claro que debe hacer las cosas solo cuando se sienta capaz, y en el caso de sentir que aun no esta preparada, no frustrarse, porque eso nos servirá para descubrir que cosas debemos seguir trabajando).

Ficha de registro para la Sesión Nueve

Paciente: C

Nº de sesión: 9ª

Fecha: 28/ Noviembre/ 2005

Objetivos:

- Realizar el primer intento de lectura de “C” frente al terapeuta

Actividad realizada:

- Ejercicio de relajación: Se le pide a C que se pare y cierre los ojos, luego que se concentre en su respiración, en seguida se le pide que imagine que por debajo de la puerta comienza a entrar aire mezclado con un tranquilizante, este aire entra por la nariz hasta sus pulmones y desde ahí paso a paso se le van nombrando las distintas partes de su cuerpo por donde este aire va pasando y relajando y botando lo malo de cada zona. Luego de recorrer todo el cuerpo se le pide que imagine que el aire que exhala se lleva todas las tensiones hacia fuera de su cuerpo, las cuales son neutralizadas por el aire de la sala. Al final se le pide que imagine que todo el tranquilizante que entro en su cuerpo se quedara trabajando en el por un largo rato, aunque ella abra los ojos y se reintegre.
- Lectura: antes de pedirle a “C” que lea ante el terapeuta se creará un juego de roles en los que el terapeuta se pondrá en el papel de lector frente a “C”, esto es para crear un ambiente de mayor soltura y confianza para “C”. Al final se le pedirá a “C” que lea ante el terapeuta una receta de cocina (lectura fácil y acotada) y ella escogerá si prefiere hacerlo de frente o de espaldas al terapeuta.
- Descubriendo la imagen oculta: Luego del ejercicio de lectura se pedirá a “C” que realice garabatos libres sobre una hoja, para luego identificar alguna forma reconocible por ella para pintarla. Luego se hablará de la forma encontrada para averiguar que sucede a nivel inconsciente en “C” luego de la experiencia de leer.
- Analizar el trabajo en greda de la sesión anterior.

Materiales y Técnicas utilizadas:

Lápiz grafito, block, tempera, pincel

Resultados:

El juego de roles en la lectura genera un ambiente de relajación y confianza, “C” logra uno de los principales objetivos de la terapia al leer frente al terapeuta.

El trabajo “descubriendo la imagen oculta” tal vez abrió otra arista de aproximación a “C”, que es el tema de su madre.

Observaciones:

Para la actividad de lectura, primero el terapeuta representa el papel de un lector muy seguro y “C” representa una audiencia desinteresada, en este rol, mientras el terapeuta lee, “C” se retira de la sala (actuando su desinterés) lo cual genera risas de ambos al ingreso de “C” a la sala. Luego el terapeuta lee tartamudeando y la paciente debe escucharlo seria y atentamente. “C” comenta que pudo ponerse en el lugar del lector tartamudo y sintió pena por él, le daban ganas de que dejara de leer.

Se propone leer a ella, puede escoger representar algún personaje o leer normalmente, además puede leer de frente al terapeuta o de espaldas a él. Ella escoge leer de espaldas al terapeuta y sin actuar, lee aparentemente tranquila y segura, ella luego dice que se equivocó porque trató de leer muy rápido, pero que en general se sintió bien.

Se pide que vuelva a leer, pero esta vez exageradamente lento, y lo hace nuevamente de espaldas al terapeuta, comenta que no se puso nerviosa.

Se le explica la actividad “descubriendo la imagen oculta”, luego de rayar la hoja, comienza a pintar con tempera verde (la intención de este trabajo de que aparezca su subconsciente dentro de la terapia es para averiguar si existen más elementos a trabajar). Finalmente termina de pintar y comenta que es una persona de lado, apoyada en un brazo. Comenta que cambió de color, porque siempre pintaba blanco, rojo, negro, y ahora quería pintar diferente. Se le pregunta si sabe por qué es este cambio y comenta que no. Se le pregunta que está haciendo esa persona verde y dice que podría estar pensando en algo, se le pregunta quien podría ser y responde que es

su madre, que siempre ocupa esa posición para descansar. Se le pregunta que emoción le produce este dibujo y responde que ninguna. Luego de observar juntos la imagen y en silencio, se le propone completarla, tal vez con un entorno o con otras figuras, a lo que responde que no. Se continúa observando en silencio la hoja y se le pide que anote todas las palabras que se le vengan a la cabeza en ese momento, no importando si tienen sentido o si son correctas o incorrectas, si son negativas o positivas, etc. Luego de un rato escribe las palabras “hoja” y “rayas”, que son los elementos que tiene al frente, pero no menciona ningún tipo de interpretación de la imagen lo que tal vez sea una manera de evitar involucrarse con mayor profundidad en el tema del dibujo o tal vez prefiera no enfrentarlo por ahora.

Finalmente se pregunta su opinión acerca de haber leído frente al terapeuta, a lo que responde que: Siente que al principio de la terapia no lo hubiera hecho, a menos que la obligaran. Siente que tiene más armas para enfrentar la vergüenza, además no se sintió nerviosa. Aunque agrega que acá es diferente a leer frente a su curso, porque acá hay una sola persona y además sabe que el terapeuta no se burlará de ella.

Luego de un silencio se le propone revisar la greda trabajada en la sesión anterior, la mira y dice que le sirvió para relajarse, pero que después de aburrida hizo puros hoyitos con los dedos, no se le ocurre que más decir.

Se da por finalizada la sesión y ambos acuerdan que la próxima sesión “C” leerá frente al terapeuta y si siente mayor confianza podría tratar de leer de frente de lo contrario que lo haga tal como en esta sesión, además se le pide que anote lo que sienta antes de la siguiente sesión, si se pone nerviosa o si prefiere no leer.

Ficha de registro para la Sesión Diez

Paciente: C

Nº de sesión: 10^a

Fecha: 05/Diciembre/2005

Objetivos:

- Reafirmar el avance de la última sesión, esta vez leyendo de frente al terapeuta
- Analizar las emociones y la cognición por parte de “C” de la situación

Actividad realizada:

- Caldeamiento de Relajación y conexión con el cuerpo
- Lectura frente al terapeuta
- Pintar emociones

Materiales y Técnicas utilizadas:

Témpera, pinceles, hoja de block

Resultados:

Se avanzó en crear una sensación de seguridad frente a los logros obtenidos hasta ahora, sin descartar recaídas, pero siempre viéndolas como parte de la terapia y como una forma de descubrir más elementos para trabajar.

Se acordó como trabajo en el colegio, leer una carta inventada para sus compañeros, como medio para averiguar que elementos faltarían por trabajar en la terapia.

Observaciones:

Se conversó acerca de su visita a la psicóloga Carolina Leyton, con quien acordaron trabajar su historia familiar una vez al mes (“C” se presentó a esa sesión junto con su madre), y además ella agrega que comentó con la psicóloga que la terapia de arte la ha ayudado bastante.

“C” comenta que para ella fue un logro haber leído la sesión anterior, se le pregunta si cree que fue algo momentáneo, o piensa que el haber leído es un avance real, ella responde que podría ser algo momentáneo, y que podría volver a sentir miedo, pero si se sintiera nerviosa trataría de utilizar lo aprendido en la terapia.

Se comenzó la sesión con un trabajo de relajación y conexión con su cuerpo, luego dentro del mismo ejercicio se llevó a “C” a imaginar y recordar la sesión anterior, luego se mencionó que el hecho de haber leído no la obliga a seguir leyendo ni a tratar de demostrar que el problema estaba superado. Se le lleva a reflexionar acerca de la posibilidad de leer hoy frente al terapeuta, se le pide que se de cuenta de que emoción le surge al pensar en esto, que la identifique, que vea su forma, su intensidad, y que luego ubique en que parte del cuerpo está esta emoción. Luego el terapeuta decide realizar el 3^a trabajo (pintar emociones) antes que el segundo planeado (lectura frente al terapeuta) ya que le parece más apropiado que “C” este más consciente de sus emociones frente a esta actividad, lo que le permitiría un mayor manejo de la misma o frente a alguna dificultad o posible evitación. Escoge el color amarillo y pinta un círculo (forma recurrente en trabajos anteriores), se le dice que si desea puede seguir elaborando más su trabajo, pero ella decide detenerse ahí. Comenta que sintió nervio y esa es la emoción que pintó, siente que el pensar en leer le produce nerviosismo, pero que eso no le impediría leer. Es solo miedo a equivocarse.

Al analizar la pintura se nota una diferencia con las anteriores y es que el borde del “círculo” se hace más irregular, además aparece una mancha “casual” que sale del círculo y se separa de él. Se compara el trabajo con uno anterior, de la 3^a sesión que es un círculo rojo y expresa vergüenza, cambia el borde, el color, y el trazo interior del amarillo parece tener mayor movimiento en relación al trabajo anterior. El terapeuta comenta que el borde en movimiento podría expresar un inicio de abertura de “C” hacia fuera, hacia el entorno, a lo que ella responde que le hace sentido. Ella agrega que siente que después de haber pintado la emoción de nerviosismo desapareció.

Luego de este ejercicio se le pregunta si desea leer, ella toma una revista y comienza a leer inmediatamente frente al terapeuta, quien va escribiendo mientras ella lee, con el fin de evitar intimidarla con la mirada, pero luego de terminar la lectura se le pregunta si se atrevería a ponerse de pie frente al terapeuta y leer lo mismo, ella se para y lee sin mayor dificultad y esta vez el terapeuta la mira directamente, al finalizar la lectura “C” comenta haberse sentido muy tranquila.

Se conversa acerca de las diferencias que existen entre leer en el espacio de la terapia y el leer en el colegio frente a sus compañeros y se llega a la conclusión de que a ella la asusta el hecho de que se pudieran burlar mientras ella lee. Se reflexiona acerca de la posibilidad de poner límites frente a los compañeros, ya sea pidiendo que se callen o diciendo a la profesora que ella necesita silencio y orden para concentrarse, por lo que le pediría que haga callar a los compañeros cuando estos no respeten su lectura. “C” agrega que eso le daría más seguridad y se sentiría menos vulnerable.

El terapeuta le propone poner en práctica la situación de poner límites, actuando este como un compañero desordenado y que la moleste, pero “C” prefiero hacerlo en otra sesión.

Se le pide entonces que lea de manera normal frente al terapeuta y esta accede, leyendo sin problema y acotando que se sintió muy tranquila al igual que antes.

El terapeuta cree que es importante el trabajo de poner límites en sus relaciones interpersonales, ya que al parecer en su relación con su padre o su familia no ha tenido muchas oportunidades de poner esto en práctica

Para elaborar un poco el trabajo de poner límites frente a sus compañeros, se realiza un trabajo de imaginación donde se le pide que piense en que está en la sala de clases leyendo frente a su curso y comienzan a molestarla, ¿Cómo resolvería esta situación? Se le entregan dos posibilidades, hablar con la profesora para que ella ponga orden o que ella misma le diga a sus compañeros que se callen para que pueda leer. Ella siente que la tranquiliza más si la profesora pone orden primero.

Finalmente y con el fin de revisar posibles elementos que sigan generando ansiedad en “C” o para reafirmar su avance, se le pide que redacte una carta de fin de año junto a alguna compañera y que se la lea al curso, al realizar esto ella debe anotar las emociones que sienta y en general darse cuenta de que le pasa.

Ficha de registro para la Sesión Once

Paciente: C

Nº de sesión: 11

Fecha: 15/Diciembre/2005

Objetivos:

- Controlar el avance y evolución en la terapia de Arte y en la psicoterapia.
- Dar inicio a la fase final de la terapia
- Revisar lo realizado hasta ahora y ver posibles objetivos para la finalización de la terapia

Actividad realizada:

- Revisión, por parte del terapeuta, de los trabajos hechos hasta ahora

Materiales y Técnicas utilizadas:

Resultados:

“C” no acude a la sesión de hoy, esto puede deberse a una pérdida de interés de la paciente debido a que ya se han cumplido los objetivos de la terapia, esto sumado a un problema familiar informado en la última reunión con los profesionales del CEMERA.

Observaciones:

Debido a la ausencia de “C” y habiendo colgado todos los trabajos en orden cronológico, el terapeuta en práctica decide hacer una evaluación del proceso de la terapia.

1ª sesión: comienza la fase inicial de la terapia, presentación personal, muestra su mayor miedo al dibujarse frente a sus compañeros.

2ª sesión: presenta a su familia, muestra un bloqueo emocional frente a sus familiares.

3ª sesión: Acá comienza la fase intermedia de la terapia, pinta el miedo, la vergüenza, habla de su ensimismamiento y el miedo a relacionarse con los demás.

4ª sesión: visualiza y enfrenta su miedo, dándole la forma de una estrella en el estomago, su auto imagen aparece débil, casi lánguida, le cuesta auto soportarse.

5ª sesión: Ella cree que su defecto mayor es no relacionarse con los demás, aparece la mueca risueña como defensa ante su miedo a mostrarse, no logra ver cualidades positivas en sus compañeros.

6ª sesión: Se reorienta la terapia y se acuerda como objetivo que “C” lea frente al terapeuta en práctica, se le pide que dibuje al terapeuta y esta expresa su deseo de ser ayudada por él.

7ª sesión: Se realizan actividades que la llevan a descubrir cualidades positivas y negativas en ella y los demás.

8ª sesión: logra primer acercamiento a leer frente al terapeuta y muestra una ansiedad leve graficada en greda.

9ª sesión: logra leer frente al terapeuta, pero de espaldas a el, aparece la imagen de su madre en la pintura.

10ª sesión: Logra leer de frente al terapeuta un artículo de mayor tamaño y dificultad a los anteriores, se ve más tranquila y se lograría así el objetivo acordado en la sexta sesión En su pintura se ve un primer acercamiento a abrir sus límites en la relación con los demás.

La sala se ubica al final de la un recorrido que parece internarse dentro del recinto, pero que en realidad está junto a la calle, por lo que se escucha el ruido de los autos y las personas que pasan constantemente. Solo tiene ventanas en altura por lo que se mantiene una sensación de privacidad y no hay mucha distracción visual, esta es mayormente auditiva.

Ficha de registro para la Sesión Doce

Paciente: C

Nº de sesión: 12

Fecha: 26/Diciembre/2005

Objetivos:

- Revisar con “C” el desarrollo de la terapia hasta ahora para acordar objetivos para la finalización de esta.

Actividad realizada:

- Se conversa acerca de la situación familiar de “C”.
- Ejercicio de relajación.
- Revisión de trabajos hechos hasta ahora en la terapia.
- Consigna de trabajo libre ¿Cómo estás ahora?, este trabajo busca registrar su estado frente a la terapia junto con su sensación actual luego de faltar tres sesiones.(Al entrar a la etapa final de la terapia, el terapeuta en práctica estima que es más adecuado trabajar con una estructura menos directiva con el fin de que afloren estados del subconsciente libremente dependiendo de las necesidades de “C”.)

Materiales y Técnicas utilizadas:

- Libre elección

Resultados:

“C” siente haber tenido logros en la terapia y expone sus deseos de continuar trabajando sus conflictos en el futuro con arte terapia.

Se acuerda que está comenzando el final de la terapia.

Observaciones:

Con respecto a su situación familiar, “C” se siente triste, hace unos días dejó a su tía “R” con quien vive desde los seis años y se fue a casa de su otra tía paterna, debido a que “R” habla mal de su padre, le dice a ella y a su hermana que él no las quiere. Solo se fue por un día y volvió donde “R”. Su padre está de viaje y ella desearía estar con él. Dice no haber vivido con su madre en el último tiempo (información que no concuerda con lo informado a Carolina Leyton, Psicóloga del CEMERA). Espera que llegue su padre para dejar a su tía e irse a vivir con su madre.

El ejercicio de relajación comienza con guiar a “C” a contactarse con su cuerpo, luego un ejercicio de imaginación que la lleva a situarse en el primer día de la terapia y recorrer los momentos más significativos, para ella, hasta ahora y pidiéndole que se cuestione si siente que le sirvió la terapia, si cree que avanzó en algo, si siente que faltó algo por resolver, etc.

Se le pide que observe sus trabajos que están colgados en la pared y al principio los mira pero parece estar más concentrada en sí misma que en los trabajos, el terapeuta en práctica se da cuenta en ese mismo momento que “C” se ha hecho un nuevo “pircing” en el labio inferior, que tal vez esté asociado al sufrimiento que ha tenido últimamente y tal vez podría estar hablando de una conducta auto dañina frente al dolor.

Se le pregunta acerca de su trabajo, ella responde que ve lo que sentía en ese momento y que lo expresó con figuras, luego se queda en silencio.

Posteriormente se le exponen las observaciones, hechas por el terapeuta en práctica, acerca de la terapia en la sesión N° 11 y ella agrega que cree que la terapia le ha hecho progresar, fue un logro, ya que ella al principio no podía leer frente a un grupo y no se imaginaba como poder hacerlo. Ahora frente a la posibilidad de leer frente al curso se siente más segura y relajada.

Se le pide repentinamente y a modo de control, que lea un artículo del diario, esta lo lee sin problema y dice haberse sonrojado un poco, pero lo pudo manejar y luego de unos segundos se sintió mejor (el terapeuta en práctica pudo percatarse de su enrojecimiento facial al comenzar a leer, pero luego se atenuó y casi desapareció) y piensa que antes no hubiera podido hacerlo.

Se le dice que sería importante ver la posibilidad de leer frente a un grupo, con el fin de indagar si quedan temas más puntuales por resolver, ella responde que va a tratar de buscar un grupo a quien leerles algo.

Se da paso al ejercicio plástico, la consigna es ¿Cómo estas ahora?

Ella debe escoger libremente la técnica y material a usar. Escoge el collage con imágenes de revistas, tal vez el escoger esta técnica hable de una menor conexión de “C” con su estado interior, por lo que necesite ver imágenes concretas que le sirvan de espejo y le muestren como está.

Escoge una mujer, que “es una persona que algo tiene”, “algo le está pasando”, “necesito estar con mi papá y no está”, se le pregunta por la imagen, ¿Qué le pasa a la mujer? “C” responde que la mujer se siente mal, sola, quiere estar bien, sentirse bien con las personas que la rodean, siente mucha soledad, “C” siente despreocupación por lo que le pase de parte de sus padres, siente que no les preocupa lo que ella piense o sienta. Luego habla de la mujer del collage, “lo que importa es la impresión de la cara, da lo mismo que no tenga brazos ni piernas ni caderas”. La ubicación centrada y aislada de la mujer en la hoja parece hablar de la sensación de soledad a la que se refiere “C” y la falta de brazos y la ausencia desde la cintura hacia abajo pueden hablar también de carencias u omisiones. En general el trabajo parece no haber enfrentado su estado desde una visión no muy profunda, por lo que se le pide que realice otro trabajo.

Se le pide que pinte sobre una hoja libremente y con cualquier color, esto es con el fin de profundizar más en su estado actual.

Al terminar dice, “Hice lo mismo que en el otro”, está sola, pensando, ha estado muy triste, cuando está muy triste llora bastante, ayer estuvo llorando con su hermana y siente que con ella se apoyan bastante.

Si viera el árbol como alguien que la apoya, sería su tía con la que no vive.

Su tía “R” sería el piso, que transmite inestabilidad, agrega que le gustaría que el apoyo fuera su padre y su mamá, no solo su tía y eso le da pena, siente que su madre no se interesa mucho por ella, nunca le pregunta como se siente.

Debido a que se está comenzando la etapa de finalización de la terapia no se podrá profundizar mayormente en estos conflictos, pero se considera saludable dejar que afloren, por esto mismo en las próximas sesiones los objetivos estarán dirigidos a hacer un análisis de los resultados de la terapia, de ver como ha influido en “C”, etc. Y los conflictos que vayan apareciendo podrían tratarse en un futuro, ya que “C” mostró un interés explícito por continuar con la terapia artística más adelante.

Ficha de registro para la Sesión Trece

Paciente: C

N° de sesión: 13

Fecha: 29/ Diciembre/ 2005

Objetivos:

- Evaluar los resultados de la terapia
- Trabajar el cierre de la terapia

Actividad realizada:

- “C” revisará los trabajos desde el último al primero y luego desde el primero al ultimo comentando cada uno de ellos.
- Trabajo pictórico, ¿Qué sientes al finalizar la terapia?

Materiales y Técnicas utilizadas:

- Pintura, block, pincel

Resultados:

Se acordó finalizar la terapia en 14 sesiones.

La sensación de “C” hacia el proceso de la terapia y los resultados es de felicidad por los logros obtenidos.

Observaciones:

Comienza revisando sus trabajos, desde el último hasta el primero, se detiene solo unos segundos a observar cada uno y los va colocando ordenadamente sobre la mesa, luego al revisar

los trabajos desde el principio hasta el final comenta lo que ve diciendo que se ve tímida, simpática, le gusta estar con sus amigas, salir, luego aparece lo que ella pensaba que era un defecto, pero más tarde se dio cuenta que le pasa a más personas y que tiene tratamiento. “Acá está mi familia, dibujé a mi tía porque siempre me ha cuidado, aunque me lleve mal con ella y aunque mi papá no esté conmigo, siempre estará conmigo”. Del trabajo blanco no se acuerda que significaba (cuando apareció ese trabajo se habló que podía significar un adormecimiento de sus emociones frente a su familia). “El trabajo negro es cuando sentía que estaba sola, ahora me dice algo de soledad, el que tiene un círculo rojo al medio, habla de la vergüenza”. “El círculo negro es lo que escondo de mi, camuflado con una sonrisa”, luego muestra un trabajo con una sonrisa color rosada y comenta que es su máscara. Luego comenta que ve lo que sentía por sus compañeros, luego muestra un trabajo en que describe al terapeuta y dice “Esto es como lo veía a usted, da confianza, simpático, serio, sensible”. “Luego vimos algo negativo que yo le encontré lo positivo”. “Acá apareció la imagen de mi mamá, por la forma en que está apoyada”. Del círculo amarillo no se acuerda muy bien. Muestra el último trabajo, la foto de una mujer pegada al centro de la hoja, y dice: “Esto es como me veo yo ahora o lo que estaba sintiendo y el otro es lo mismo pero la diferencia es que lo pinte yo”.

Luego se comenta que en los últimos trabajos están apareciendo los problemas familiares por los que está pasando, además siente que ha logrado los objetivos de la terapia, finalmente se acuerda terminar la terapia en catorce sesiones y no en dieciséis. Se le explica que no hay problema en que aparezcan imágenes de sus conflictos familiares, pero que es mejor no ahondar mucho en ellos porque falta cerrar el proceso de la terapia por fobia social, además no queda tiempo suficiente para hacernos cargo de lo que vaya apareciendo en los nuevos dibujos. Ella comprende y agrega sentirse muy bien, casi cien por ciento recuperada, aunque sabe que es normal sentirse un poco nerviosa antes de leer, pero siente que ahora tiene herramientas para resolver mejor ese tipo de situaciones.

Se le pide que pinte la sensación que tiene ahora, al hablar de la finalización de la terapia y después de revisar todos sus trabajos.

Comienza a pintar con rojo y rosado, algo más suelto de lo acostumbrado, incluye amarillo, pinta con manchas curvas. Se ve algo más alegre, incluye el verde, tal vez esté pintando su alegría por los logros en la terapia.

Al terminar su trabajo se le pregunta si tiene algo que decir, y agrega que siente alegría por los logros y escogió esos colores porque son alegres. Se produce un silencio prolongado, luego se le

pide que pinte lo que siente en el momento. Comienza a pintar con amarillo, luego usa el blanco, verde, rojo, vuelve a usar el blanco y al finalizar guarda las temperas ordenadamente en la caja.

Nuevamente aparece la alegría.

Luego de otro silencio se converso de su curso y su sensación frente a exponer luego de la terapia, a lo que “C” comenta que está bastante más tranquila, además este año la cambian de curso y tendrá mayor número de compañeras, solo tendrá 3 a 5 compañeros, y eso la tranquiliza.

Además siente que las últimas disertaciones fueron las más tranquilas del año.

Se finaliza la sesión y se le recuerda que la próxima sesión es la última, ella asiente con la cabeza y se retira.

Ficha de registro para la Sesión Catorce

Paciente: C

N° de sesión: 14

Fecha: 02/Enero/2006

Objetivos:

Finalizar la terapia

Actividad realizada:

- Ejercicio de relajación y conexión con su cuerpo
- “has un afiche de tí”

Materiales y Técnicas utilizadas:

Técnica y materiales a su elección

Resultados:

Se logró cerrar el proceso de la terapia

Se dejó abierta la posibilidad de otra terapia más adelante.

Observaciones:

Al llegar se le pregunta como está y cuenta que paso el año nuevo con su madre y eso le gusta. Comenta que su tía “R” se molestó porque paso el año nuevo con su mamá y no con ella, pero “C” no la toma en cuenta.

Luego de conversar unos minutos se da paso al ejercicio de relajación y conexión con su cuerpo, al finalizar se le pide que haga un afiche publicitario de si misma y se le entregan sus trabajos anteriores por si quiere mirarlos.

Ella escoge el primer trabajo, y lo mira, luego toma un lápiz y se demora en partir, hasta que comienza a dibujar y casi al mismo tiempo toma la goma de borrar en su mano izquierda (tal vez esto refleje algún tipo de inseguridad en cuanto a la certeza de cómo se siente hoy).

Continúa dibujando su rostro, luego lo borra y decide sacar imágenes de revistas, ojea la revista rápidamente como esperando que alguna imagen la detenga.

Pega una imagen y comienza a escribir, lo que hace pensar al terapeuta que el trabajo está siendo ejecutado más desde la mente que de las emociones, por lo que decide pedirle usar tempera de cualquier color, pero en la misma hoja, como una forma de integrar las imágenes mentales y las emocionales.

El trabajo se parece bastante al primero, pero con los elementos ordenados de distinta manera.

La paciente comenta su trabajo y dice haber escogido la foto porque sale una niña como de su edad, que está como cuando ella se siente sola, escuchando música, leyendo.

En la imagen pinta un marco color verde, que da la impresión de contener todo el dibujo (lo que podría simbolizar una sensación de contención en la terapia).

Se le pregunta que siente con el color verde y dice que el verde es confusión, que se siente confundida con las cosas que le han ido pasando.

Se le pregunta que siente ella por estar confundida, si eso la angustia o le molesta, y responde que no le genera mucha angustia y solo esperará a que se le pase.

Al preguntarle sobre las diferencias que ve en ella desde el inicio de la terapia hasta ahora, comenta que al principio estaba más ensimismada y ahora se siente más relajada.

Terapeuta y paciente están de acuerdo que este ultimo trabajo plástico transmite la sensación clara de haber concluido el ciclo de la terapia, al compararlo con el primero se observan cambios, y movimientos desde la misma persona. Ella comenta sentir que algo cambio en ella, pero no sabe que, solo tiene claro que siente orgullo por haber superado su miedo a leer en público.

Como ultima sesión y antes de la despedida, se le pide a la paciente que ayude a ordenar los materiales, tal vez como una forma de tomar conciencia que el trabajo fue de a dos.

Se acuerda que los trabajos quedarán en manos del terapeuta mientras desarrolla la monografía y luego si ella lo desea podrá llevárselos.

Se despiden con un abrazo y la paciente se retira.

El terapeuta siente alegría por los logros y resignación por la pérdida que significa el fin de la terapia.

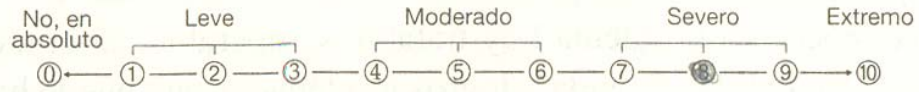
TEST APLICADOS

Test de orientación sobre la fobia social		
Contesta con sí o no cada pregunta	si	no
Ante una situación de inminente contacto social experimento: sudor, temblores, palpitaciones, rubor, sed, deseos de irme.	-X	-
Invento excusas para no concurrir a reuniones sociales o familiares.	-	-X
Me cuesta mirar a las personas a los ojos y ser auténtico en mis expresiones.	-X	-
Me cuesta hablar por teléfono con una persona desconocida, aunque sea, por ej. para consultar por un servicio, y pido que alguien lo haga por mí.	-/	X
Si no bebo o fumo no puedo afrontar una reunión social.	-	-
Me siento nervioso e inseguro ante una persona que me atrae sexualmente.	-	-X
Me es casi imposible asistir a reuniones bailables, cantar o contar chistes en público, etc.	X	-
Frente a otras personas temo hacer el ridículo o parecer un tonto y me sonrojo a la menor broma..	X	-
No soy capaz de iniciar una conversación por mí mismo, y si alguien la inicia me cuesta mantenerla.	-	X
No hablo con personas que no conozca bien.	-	-X
Ante invitaciones para salir o concurrir a fiestas y agasajos prefiero quedarme en casa e invento varias excusas.	X	-
Me resulta difícil decirle a alguien palabras como estas: "Te quiero", "Gracias", "Estoy agradecido por lo que hiciste por mí".	-	-X
Me resulta muy difícil reclamarle a alguien desconocido, por ej. : por un vuelto mal dado, un lugar que me corresponde, etc.	-	X
En reuniones de trabajo donde debo asistir obligadamente, no participo, no opino, me ubico en los últimos lugares y acepto lo que otros decidan, aunque no este de acuerdo.	-X	-

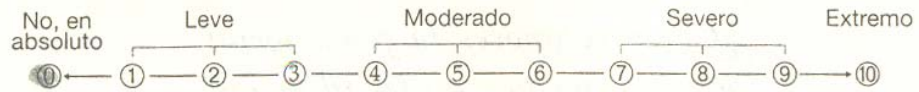
- 0. No
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

	0	1	2	3	4
1 Tengo miedo a las figuras de autoridad	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Me molesta sonrojarme delante de las personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3 Las fiestas y los eventos sociales me asustan (o angustian)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Evito hablar con personas desconocidas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Me asusta (o angustia) mucho que me critiquen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Evito hacer cosas o hablar con cierta gente por miedo a sentir vergüenza	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Transpirar delante de otras personas me angustia o estresa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Evito ir a fiestas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Evito actividades en las cuales soy el centro de atención	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
10 Hablar con gente desconocida me asusta o angustia	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 Evito hablar en público	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Haría cualquier cosa para evitar que me critiquen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
13 Sentir palpitaciones cardíacas me molesta cuando estoy con gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Tengo miedo de hacer cosas cuando la gente me está mirando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Mis mayores miedos son sentirme avergonzada o un/a tonto/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
16 Evito hablar con cualquier persona con autoridad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Que los demás me vean titubear o temblar me angustia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

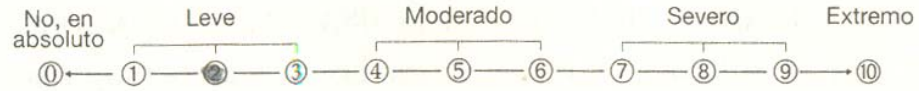
Exponer o leer delante del curso, o dar un examen oral.



Comer en la cafetería del colegio o universidad.



Presentarse a exámenes o concursos.



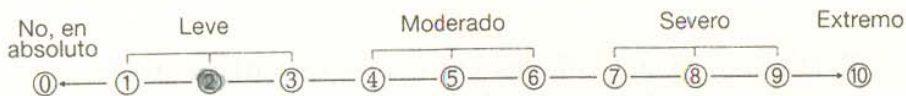
Llamar a un compañero del colegio o universidad por apuntes, tareas, encargos.



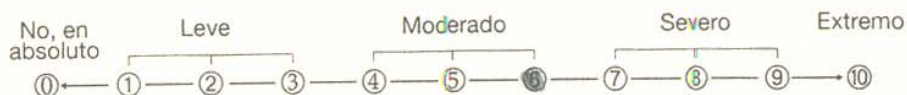
Pedir ayuda o aclaraciones al profesor.



Atravesar por lugares con gente de la escuela (pasillos o jardines).

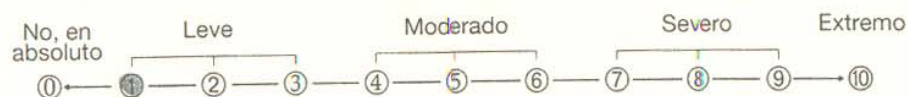


Realizar actividades basadas en la actuación (gimnasia, deportes, música, barras, baile).



Hablar con adultos

(amigos de los padres, vendedores de tiendas).



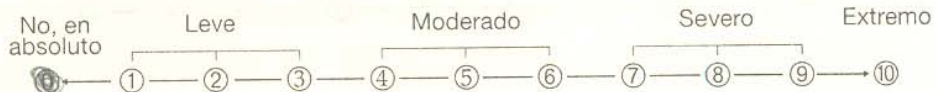
Tratar con autoridades y personas con poder (profesores, ayudantes, policía, guardias).



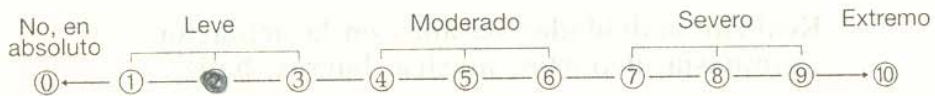
**Tomar iniciativa social (llamar a un amigo para hacer algo.
La dificultad es mayor si es del sexo opuesto).**



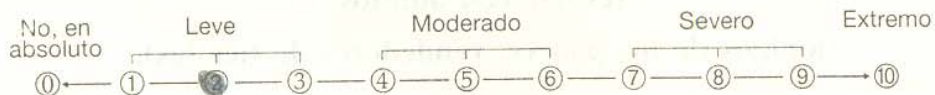
Contestar el teléfono o timbre de la puerta.



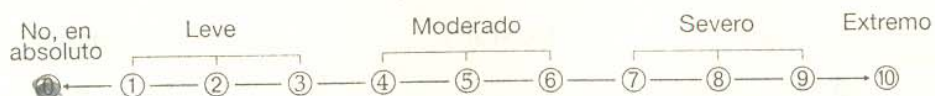
**Participar en actividades extra programáticas (baile,
evento deportivo, actividades sociales o religiosas).**



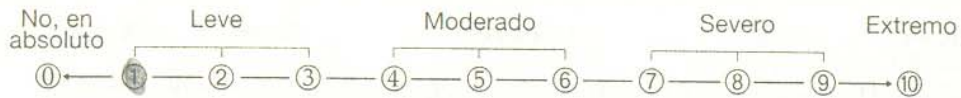
Iniciar o incorporarse a conversaciones con iguales.



**Enfrentar o contradecir a alguien (decirle que no
moleste, estorbe o copie).**



Asistir a citas (médicos, amigos, polola o pololo).



Pedir comida en un restaurante.



Exhibirse en tenida de baño o desnudos frente a compañeros.



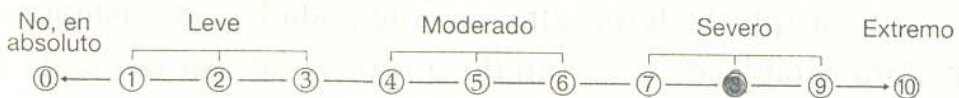
Entrar en una sala cuando todos están sentados.



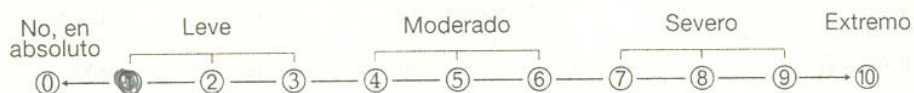
Seducir o sacar a bailar a alguien del sexo opuesto.



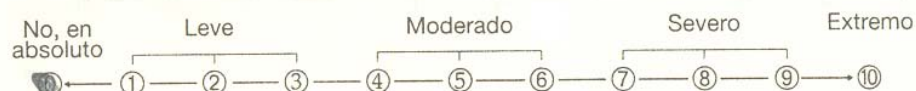
Mantener la mirada de otra persona.



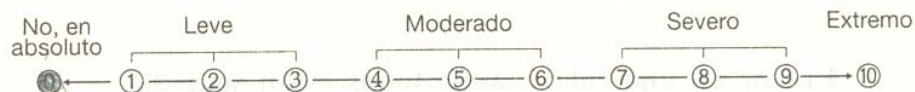
Tomarse una fotografía para el semanario del colegio o universidad.



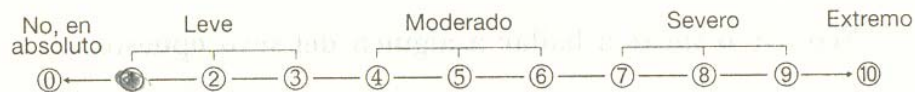
Asistir a reuniones informales como fiestas de curso, asados, comidas. La ansiedad es mayor si debe conseguir pareja.



Ser interpelado delante de un grupo (amigos, compañeros de clase).



Ir a lugares concurridos por jóvenes (lugares top).



El resultado de los test realizados avala el diagnóstico de Fobia social específica.

IX. ANEXO 2

Índice de ilustraciones y cuadros

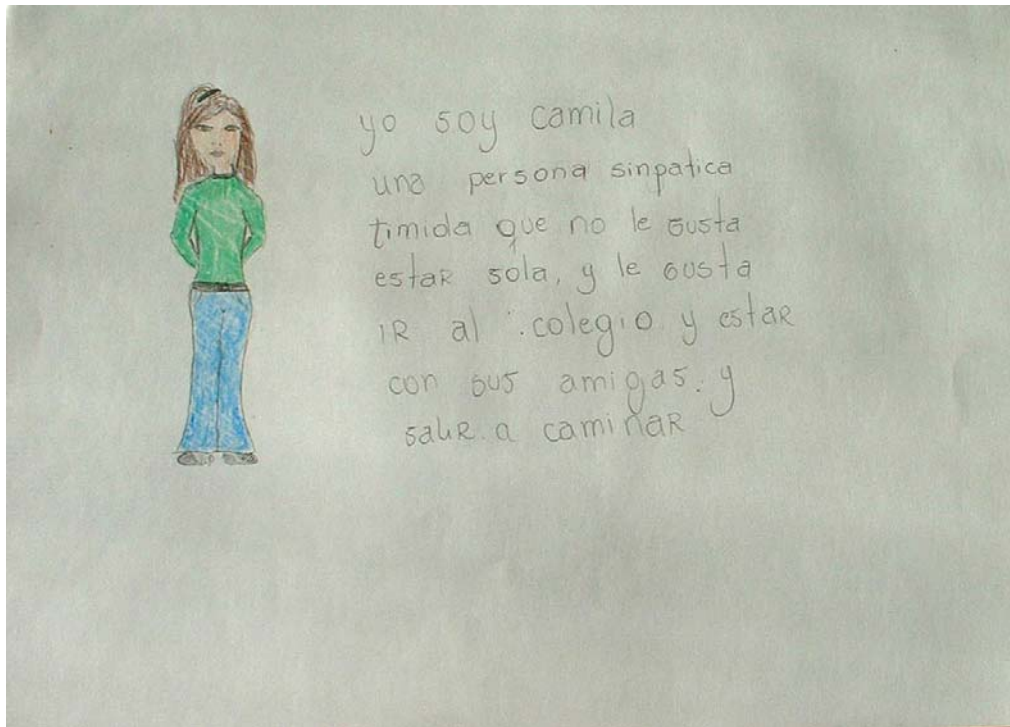


Fig. 1, "haz un afiche de ti misma", Primera sesión, 05/septiembre/2005

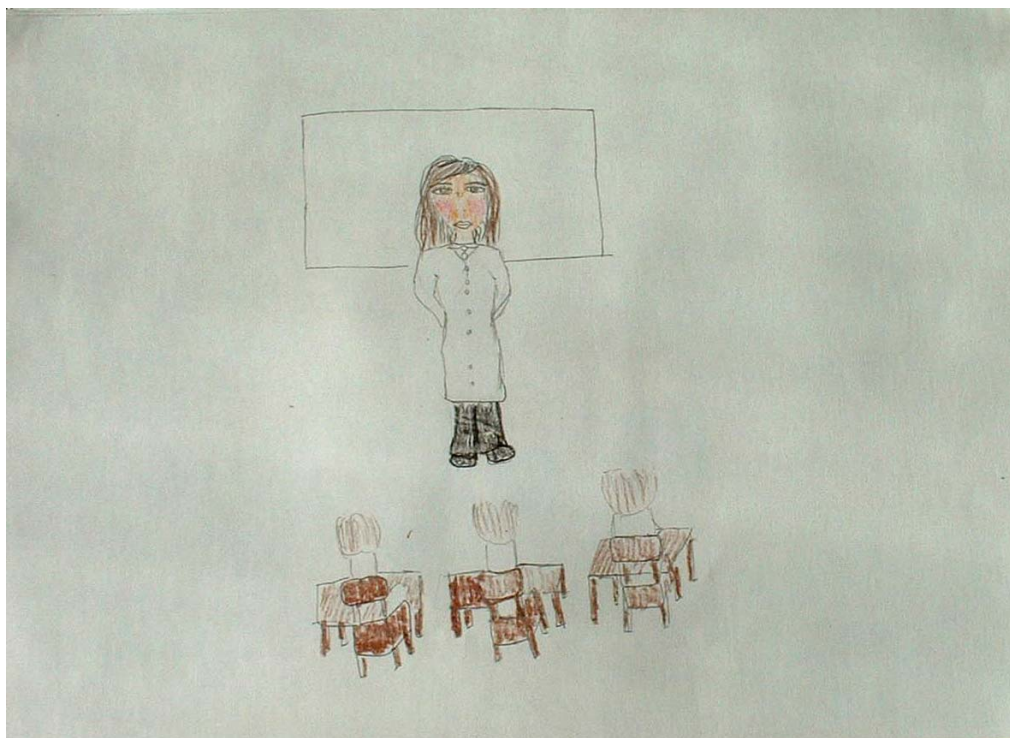


Fig. 2, "Dibuja tu mayor defecto", Primera sesión, 05/septiembre/2005



Fig. 3, "Dibuja a tu familia", Segunda sesión, 12/septiembre/2005

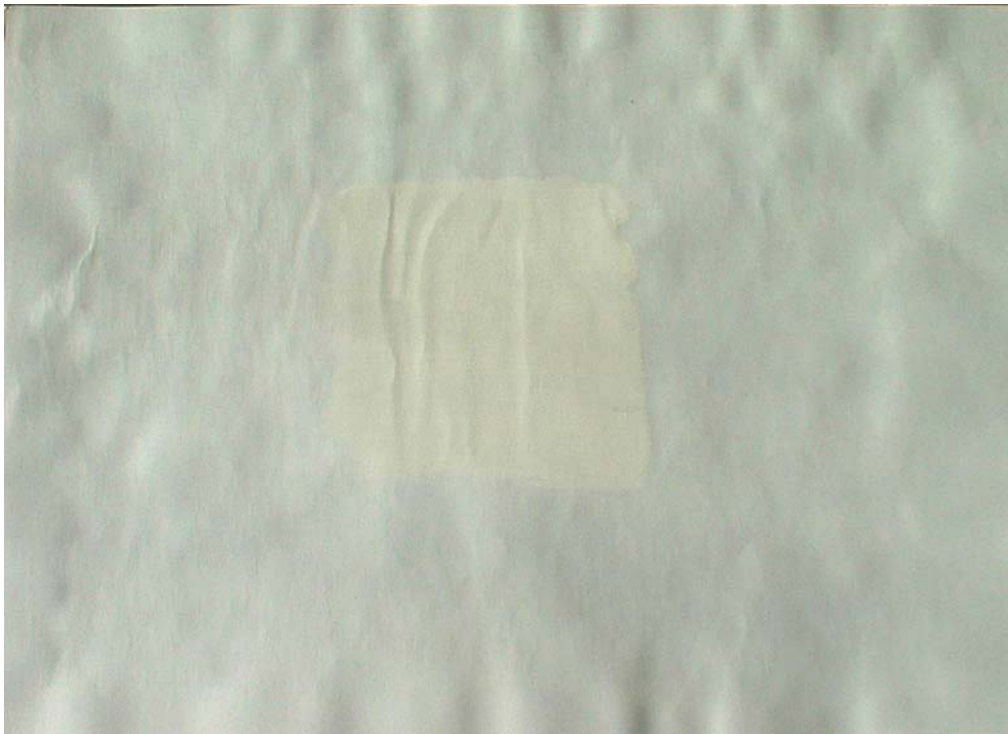


Fig. 4, "Pinta una emoción que sientas ahora", Segunda sesión, 12/septiembre/2005



Fig. 5, “Escoge un color y pinta desde el miedo”, Tercera sesión, 26/septiembre/2005

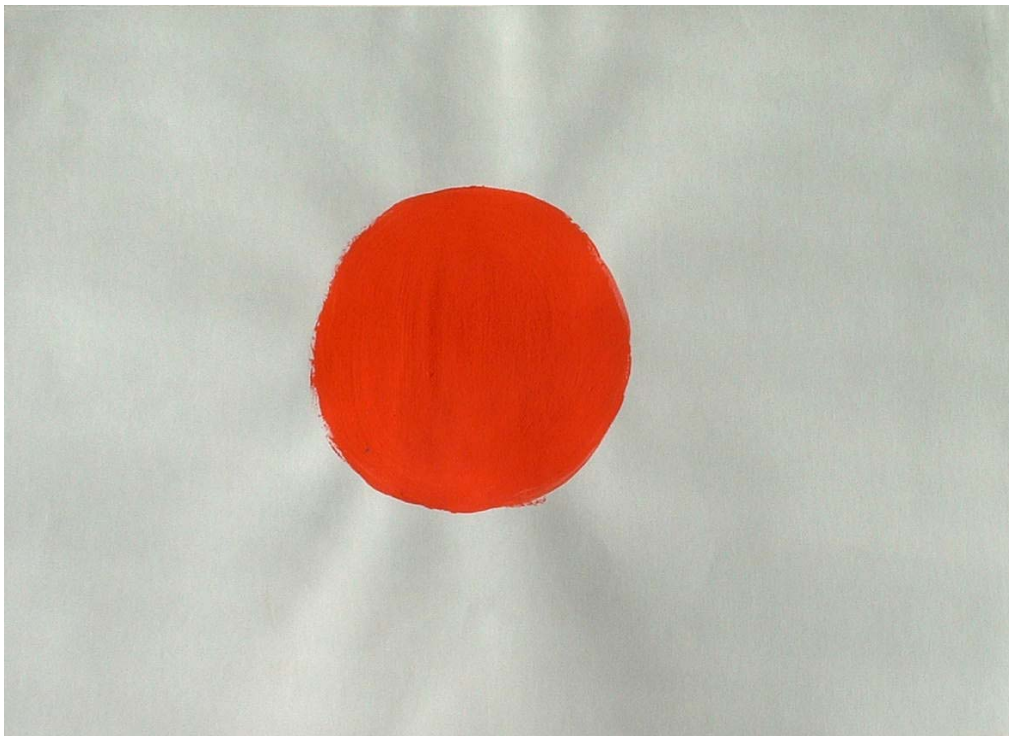


Fig. 6, “Pinta desde la vergüenza”, Tercera sesión, 26/septiembre/2005

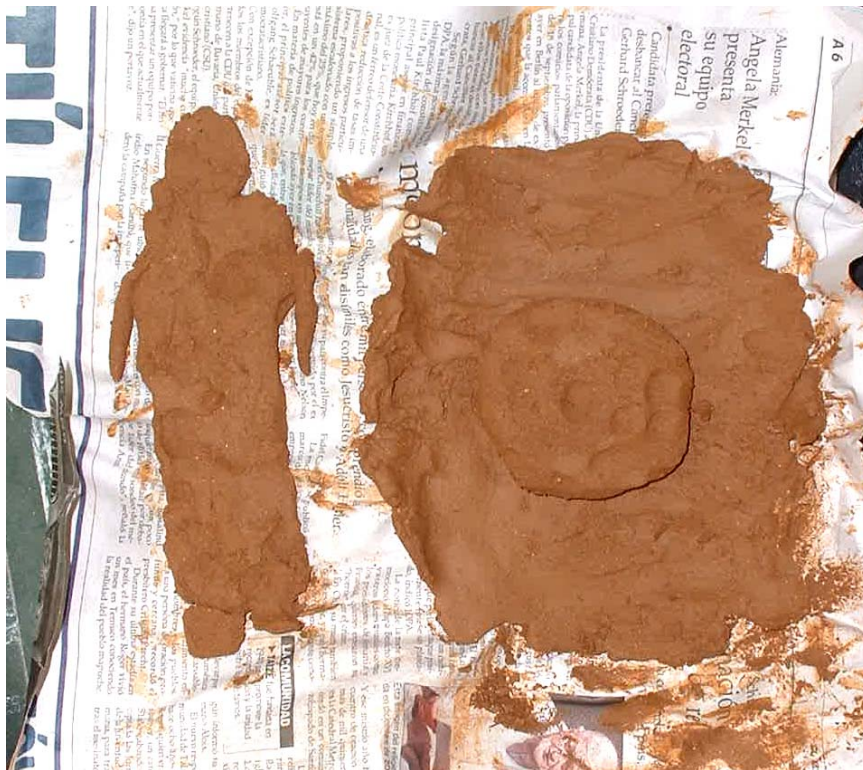


Fig. 7, “autoimagen e imagen del miedo”, Cuarta sesión, 03/Octubre/2005

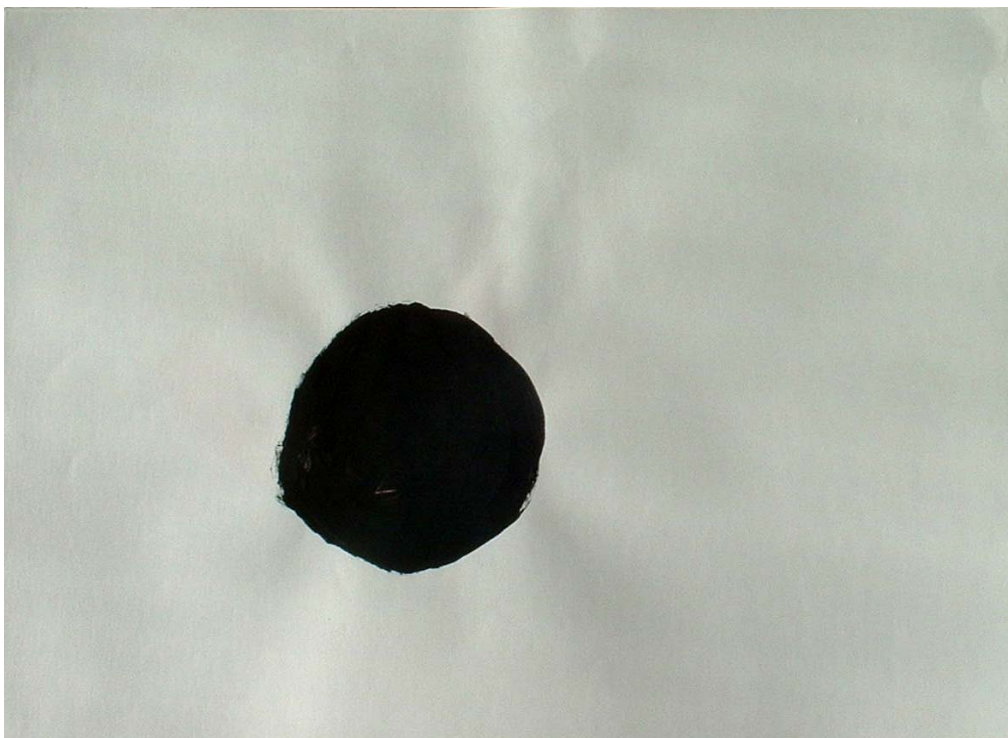


Fig. 8, “Piensa en tus cualidades negativas”, Quinta sesión, 24/Octubre/2005

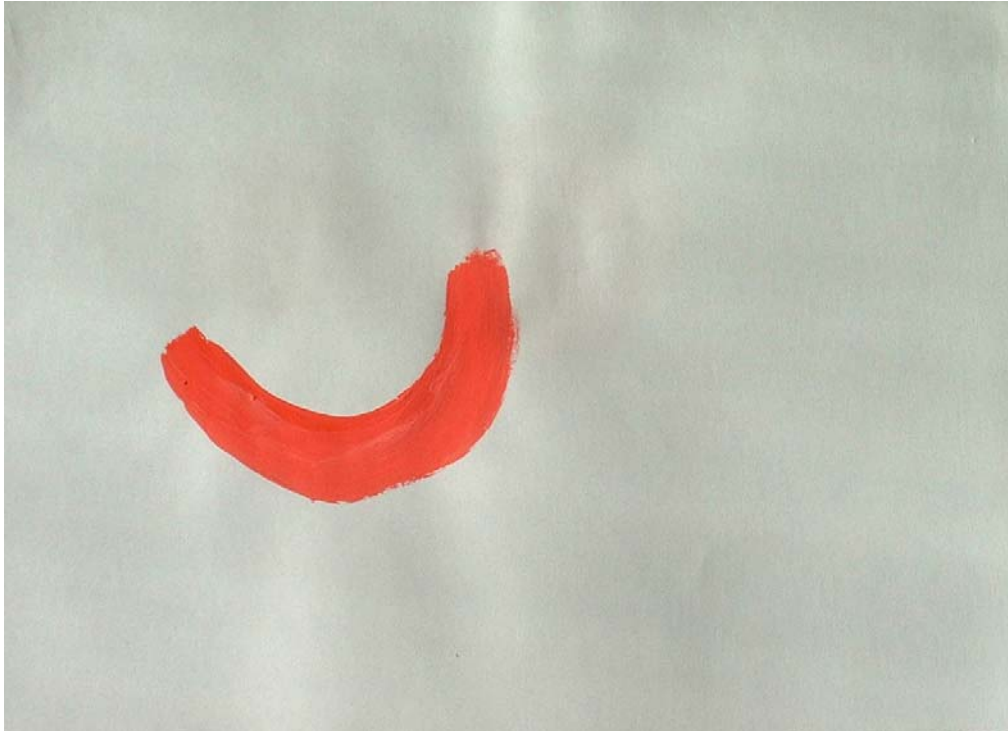


Fig. 9, “Piensa en tus cualidades positivas”, Quinta sesión, 24/Octubre/2005

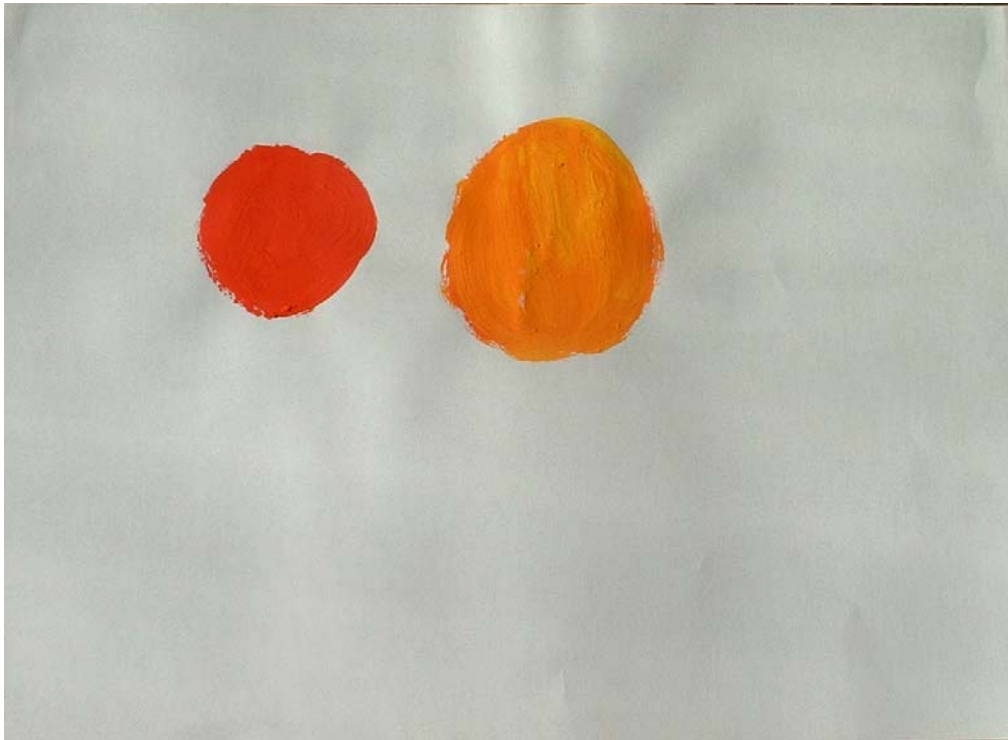


Fig. 10, “cualidades de tus compañeros”, Quinta sesión, 24/Octubre/2005

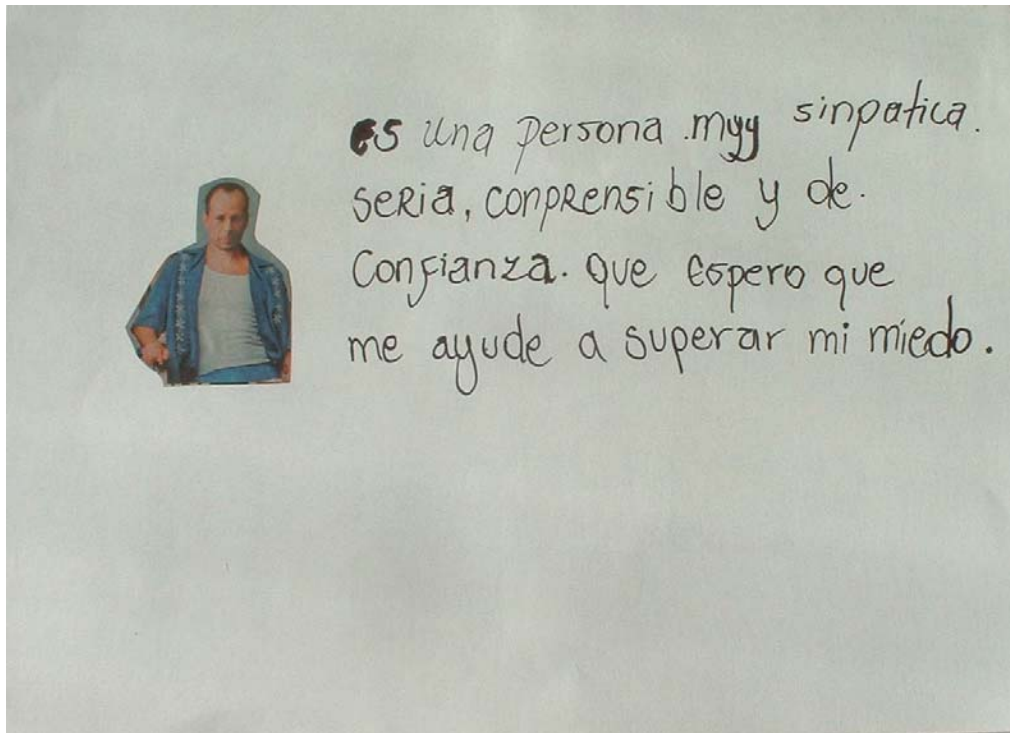


Fig. 11, "Dibuja al Terapeuta", Sexta sesión, 07/Noviembre/2005

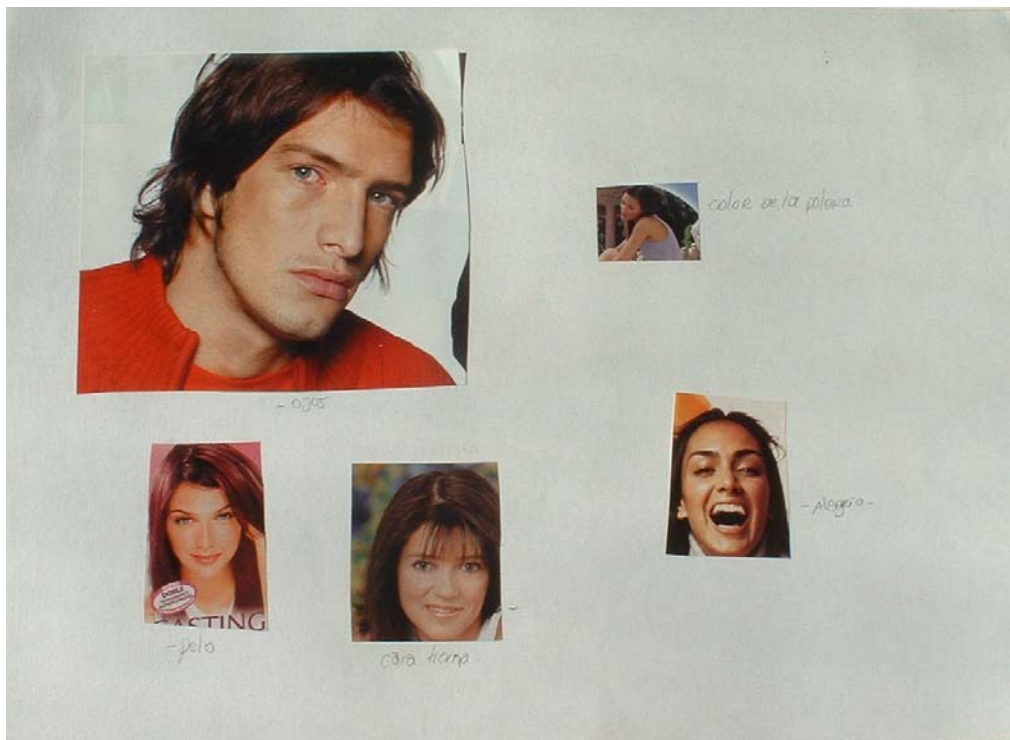


Fig. 12, "Busca lo positivo en imágenes negativas", Séptima sesión, 18/Noviembre/2005



Fig. 13, "Registro de la ansiedad", Octava sesión, 21/Noviembre/2005

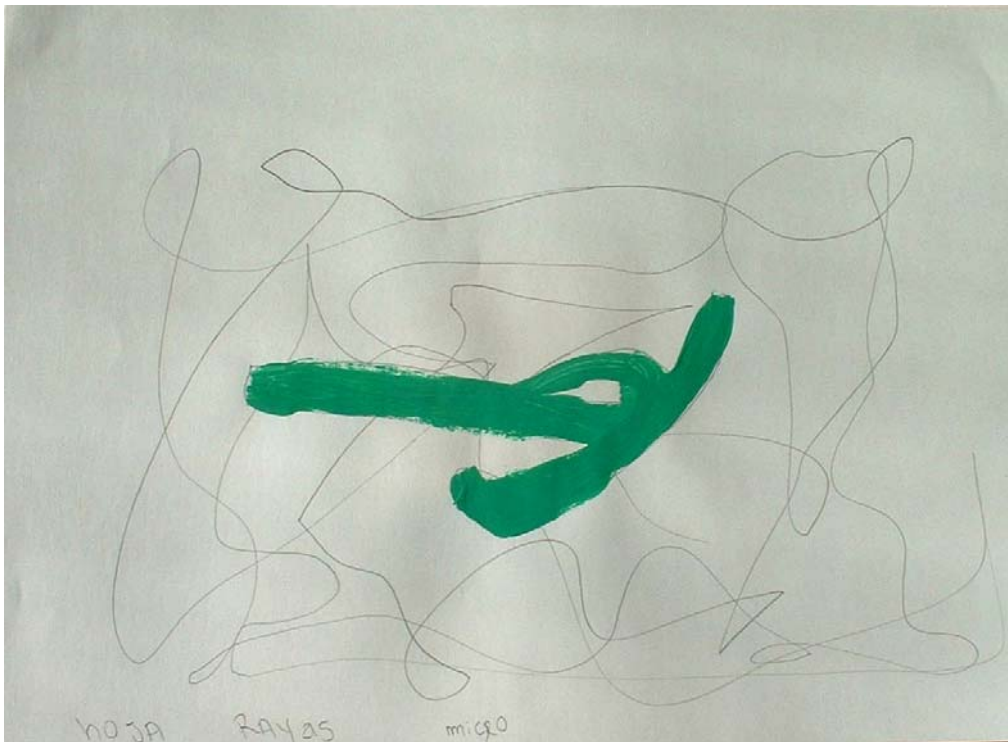


Fig. 14, "Descubre la imagen oculta", Novena sesión, 28/Noviembre/2005

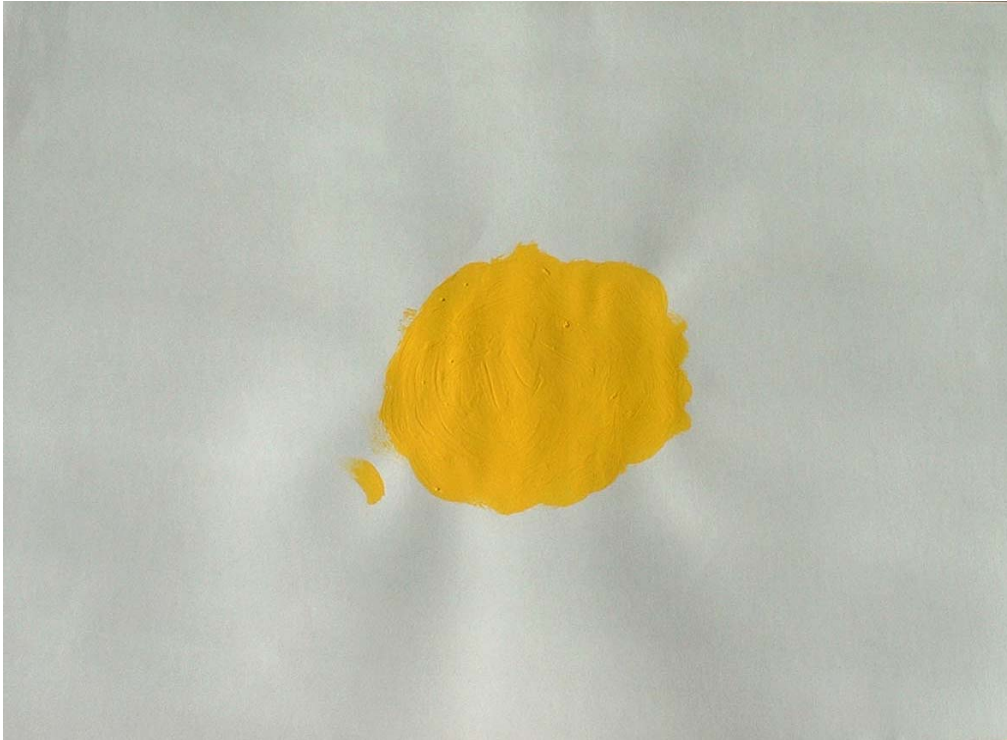


Fig. 15, “Pinta la emoción que sientes al leer”, Décima sesión, 05/Diciembre/2005



Fig. 16, “¿Cómo estas hoy?”, sesión Doce, 26/Diciembre/2005



Fig. 17, “¿Cómo estas hoy?”, sesión Doce, 26/Diciembre/2005



Fig. 18, “¿Qué sientes al finalizar la terapia?”, sesión trece, 29/Diciembre/2005



Fig. 19, “¿Qué sientes al finalizar la terapia?”, sesión trece, 29/Diciembre/2005

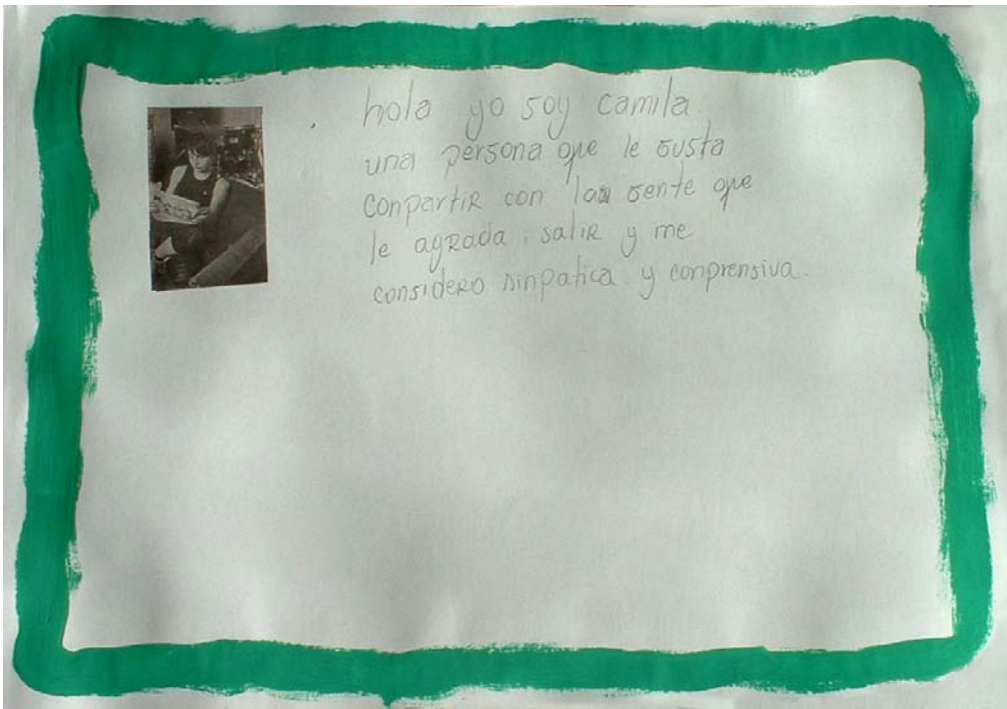


Fig. 20, “imagen de si misma”, sesión catorce, 02/enero/2006