



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
ESCUELA DE POSTGRADO

Un poco más allá, la vida

Una intervención de arte terapia en una paciente Terminal de cáncer

Monografía para optar al Postítulo de Especialización en Terapias de Arte, Mención Arte
Terapia.



Autora
PAULINA SOLEDAD JARA AGUIRRE
Profesor Guía
PS. BRUNO SOLARI

Título y Grado Previo

Diseñadora Gráfica y Comunicadora Multimedial
Licenciada en Diseño
Universidad de Viña del Mar, 2004.
Santiago de Chile
Marzo de 2007

Gracias a Myrna (Q.E.P.D) y a su madre, la señora Marta,
Por dejarme entrar en su casa y trabajar con Myrna los últimos meses de
su vida.
Por la grandeza y calidez de sus corazones.
Por dejarme aprender de ellas y entender que el amor trasciende en el
tiempo.

Índice

Portada	1
Agradecimientos	2
Índice	3
Sumario	5
Introducción	6
Capítulo 1: Cáncer y paciente terminal	7
1.1 Definición médica del cáncer	8
i. Algunos conceptos básicos	8
ii. Criterios de malignidad	9
iii. Fisiopatología del cáncer	9
iiii. Tratamientos	10
v. El cáncer de mama	11
1.2 El paciente terminal	12
1.3 Los cuidados paliativos	14
1.4 Calidad de vida	16
1.5 La cercanía a la muerte	17
1.6 Repercusiones psicológicas de la enfermedad en el paciente oncológico	19
i. Reacciones emocionales en las diferentes fases de la enfermedad	20
ii. Afrontamiento y adaptación a la enfermedad	23
Capítulo 2: Arte Terapia en el paciente terminal	26
2.1 El Arte Terapia	26
2.2 Curar a través del arte	27
i. Creación y curación	27
2.3 Arte Terapia y cáncer	28
2.4 Algo de setting	30
2.5 El rito en la terapia	32
Capítulo 3: Estudio de caso	35
3.1 Institución: Instituto Nacional del Cáncer	35

3.2 Myrna	36
3.3 Algunos datos biográficos y médicos	37
3.4 Descripción y análisis del proceso terapéutico	39
3.4.1 El primer encuentro	39
i. Setting	39
ii. Materiales	40
iii. Objetivos generales de la terapia	41
iiii. Fases del proceso terapéutico	41
3.4.2 El cuerpo, la fragilidad frente a la enfermedad	44
i. El mapa del cuerpo	44
3.4.3 El arte terapia como ritual: <i>El puzzle de la vida</i>	47
i. El puzzle de la vida, escena 1	48
ii. El puzzle de la vida, escena 2	51
3.4.4 Simbolización: <i>Interpretar, enfrentar y acompañar la muerte</i>	54
i. Última sesión	54
3.4.5 Se ha ido: La muerte, la pérdida y la contra transferencia	59
i. Sesión de cierre con su madre	59
3.4.6 Resumen de sesiones	63
Capítulo 4: Conclusiones	66
Referencias Bibliográficas	69
Anexos: Fichas de sesiones	72

Sumario.

El trabajo que se muestra a continuación narra la experiencia de trabajo arte terapéutico realizado en el Instituto Nacional del Cáncer durante la primavera de 2006 con una mujer cuyo diagnóstico de cáncer corresponde a la de enfermedad terminal.

En esta monografía están plasmados los dos meses de trabajo, simbolización, acompañamiento y despedida de ella en las sesiones individuales de Arte terapia.

Se hace un recorrido por los temas más importantes surgidos en la terapia y se analizan los momentos más relevantes dentro de ésta.

Introducción

El siguiente trabajo aborda las 10 sesiones de trabajo arte terapéutico con una paciente que padece de un cáncer terminal, a la cual he decidido llamar en esta monografía por su nombre, Myrna, puesto que tras su fallecimiento es la mejor manera de mantener vivo su recuerdo y esta experiencia.

He querido enfocar este trabajo en dos áreas, la primera pretende contextualizar desde la mirada médica y terapéutica lo que significa trabajar con un paciente terminal. Abordando una amplia mirada de lo que significa el cáncer, la enfermedad terminal y las implicancias que esto tiene para el paciente desde lo psicológico-emocional.

La segunda parte en cambio, plasma los momentos más relevantes de la terapia, el simbolismo, el rito y la despedida convertidos en obras intensas desarrolladas por la paciente durante las sesiones de arte terapia.

Finalmente y a modo de resumen, se muestra una tabla con las sesiones paso a paso, las temáticas tratadas y los trabajos realizados durante estos dos meses de terapia.

Capítulo 1

Cáncer y Paciente terminal

El cáncer es sin duda alguna, en nuestros tiempos, sinónimo de deterioro, dolor y muerte despertando en las personas el miedo y la desesperanza.

El diagnóstico de cáncer parece traer atados los conceptos de sufrimiento y muerte, y junto con ello el miedo no solo a morir, sino también a la pérdida de la independencia, la autovalencia, el deterioro de la autoimagen, la autoestima y la segregación social que implica una enfermedad cuyas huellas están en el cuerpo.

Quizás el mayor temor producto de la enfermedad es la incertidumbre de la mejoría, no entender las causas que llevaron a desarrollar la enfermedad y la posibilidad de un futuro. “El cáncer despierta miedo. A él se asocia la idea de deterioro, sufrimiento y muerte”(…)“Más que la muerte a muchos enfermos les preocupa el sufrimiento del proceso terminal durante los últimos meses o semanas de su vida, especialmente si han tenido experiencias físicas desagradables.”¹

Se abordará aquí a modo de introducción y desde una perspectiva médica el cáncer (específicamente el cáncer de mama que es el que presenta la paciente), los cuidados paliativos, el enfermo terminal, la calidad de vida y la muerte, pues me parece de suma utilidad contextualizar el ámbito y los términos que rodearon esta práctica profesional. Básicamente pretendo mostrar en este capítulo el inicio del trabajo arte terapéutico con la paciente, iniciando la terapia desde su debilidad física producto del cáncer que la aqueja, los tratamientos asociados a su patología y cómo influyen en su estado general de vida. De este modo el recorrido incluye no solo la enfermedad y sus tratamientos médicos asociados, sino la preocupación Integral por la paciente y la mejora de su calidad de vida en estos últimos meses.

El panorama planteado de este modo parece desolador, sin embargo a medida que se van analizando las sesiones con la paciente se puede descubrir el maravilloso

¹ Aresca, Laura. Cuidados paliativos: Calidad de vida en el final de la vida, artículo online en <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>

mundo del arte terapia y los aportes que éste tiene para una paciente en estado terminal de cáncer.

1.1 Definición médica del Cáncer^{2 3 4}

El cáncer es una enfermedad que parte en las células, que son la unidad básica de los tejidos. Normalmente, las células crecen y se dividen para formar nuevas células conforme el cuerpo las necesita. Cuando las células se hacen viejas, mueren, y células nuevas las reemplazan. A través de este proceso el cuerpo se mantiene sano.

Algunas veces este proceso ordenado se descontrola. Células nuevas se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita, y las células viejas no mueren cuando deberían morir. Estas células que no son necesarias forman una masa de tejido, que es lo que se llama tumor.

El cáncer es caracterizado entonces por la **proliferación incontrolada e inadecuada de células que morfológicamente son aberrantes** con capacidad invasiva local y a distancia.

i. Algunos Conceptos básicos

Neoplasia: Literalmente significa “forma nueva”. Se define como la aparición de una nueva estirpe celular formada a partir de células normales. Metaplasia e hiperplasia se refieren a la aparición de tejido nuevo sobre o entre un tejido original.

Hipertrofia se refiere al crecimiento de tejido celular como tal y no a la aparición de células nuevas.

Tumor: Se define como un aumento de tamaño, cualquiera sea su naturaleza, por tanto no es sinónimo de cáncer aunque la mayoría de los cánceres se presentan clínicamente como tumor.

² Recopilación de apuntes en Medicina y Arte, profesores Ricardo Candiani, Pedro Zitko. Escuela de postgrado Facultad de Arte, postítulo de Arte Terapia

³ Información Básica de Cáncer, Ministerio de Salud Chile, www.minsal.cl

⁴ National Cancer Institute, en: <http://www.cancer.gov>

El aumento gradual en el número de células con capacidad para dividirse crea una masa creciente de tejido que se conoce como "tumor". El tumor crecerá rápidamente de tamaño si la división de las células es relativamente rápida y no hay señales "suicidas" que provoquen la muerte de las células. Si las células se dividen más lentamente, el crecimiento del tumor será más lento. Sin importar la rapidez del crecimiento, los tumores crecen en tamaño porque las nuevas células se producen en cantidades mayores de lo que es necesario.

Cáncer: Implica siempre malignidad, y se define como una enfermedad caracterizada por la proliferación incontrolada e inadecuada de células.

ii. Criterios de Malignidad

Los criterios de malignidad definen si una neoplasia es benigna o maligna y por lo tanto estaríamos en presencia de un cáncer. Estos son:

1. - Citología: las neoplasias benignas tienen células similares a las de tejido normal, las malignas muestran **atipias celulares**.
2. - Histología: evidencia de crecimiento invasor es característica de neoplasias malignas, por tanto, **distorsionan tejidos vecinos**.
3. -Macroscopia: las células malignas tienden a mostrar **zonas necróticas y hemorrágicas**.
4. -Metástasis: las neoplasias malignas tienden a **invadir tejidos a distancia**.

iii. Fisiopatología del cáncer

Por lo general los aspectos antes mencionados (criterios de malignidad) se manifiestan en la mayoría de los cánceres.

Del tumor original pueden desprenderse trozos macro o microscópicos e ir vía linfática o sanguínea a alojarse en un órgano distante, reproduciendo el cáncer. **A esto llamaremos metástasis**.

Las lesiones causadas por el cáncer pueden suceder a partir de dos fenómenos biológicos el de **proliferación** y el de **producción** de sustancias.

La proliferación, es la forma más común de daño, ocurre por el aumento desmedido de células que forma una masa o tumor, esta masa actúa presionando y alterando la función de otros órganos vecinos, además puede obstruir y perforar conductos, e invadir órganos tanto vecinos como a distancia y producir hemorragias e infecciones.

La producción, se refiere al tumor como productor de sustancias biológicamente activas, pueden ser similares a las del tejido original o distintas. Por ejemplo pueden producir hormonas, células o productos con función biológica (enzimas) que alteran el funcionamiento general del organismo.

iii. Tratamientos

En estos momentos existe diversidad de tratamientos para el cáncer, sin embargo los más conocidos son la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia, cuya utilidad es la que se describe a continuación.

Quirúrgico: Utilizado como un tratamiento primario en la enfermedad localizada, sirve para realizar estudios histológicos, reducir el tamaño tumoral, reconstrucción o rehabilitación y paliación de síntomas relacionados con el tumor.

Radioterapia: Su efectividad depende de la radiosensibilidad del cáncer y de la capacidad del organismo de tolerar las dosis sin secuelas. Es útil como tratamiento paliativo

Quimioterapia: La quimioterapia tiene su papel fundamental en el tratamiento de la enfermedad que no esta muy localizada y que se ha diseminado por vía sistémica. La efectividad depende de la habilidad de la droga para destruir selectivamente las células neoplásicas y no las normales.

Además de estos tres tipos de tratamientos, también se incluyen la Hormonoterapia y la Inmunoterapia, además de la psicoterapia, el trabajo a través del Arte, Reiki, Danza terapia, entre otras.

iiii. El cáncer de mama ⁵

La mama está compuesta por lóbulos y conductos, cada mama tiene 15 a 20 secciones llamadas lóbulos, las cuales comprenden secciones más pequeñas denominadas lobulillos. Los lobulillos terminan en docenas de bulbos minúsculos que pueden producir leche. Los lóbulos, lobulillos y bulbos están conectados por tubos delgados denominados conductos. Cada mama tiene también vasos sanguíneos y vasos linfáticos. Los vasos linfáticos se comunican con órganos pequeños llamados ganglios linfáticos, los cuales se encuentran en todo el cuerpo.

El tipo más común de cáncer de mama es el **carcinoma ductal**, el cual comienza en las células de los conductos. El cáncer que se origina en los lóbulos o los lobulillos se denomina **carcinoma lobular** y se encuentra con mayor frecuencia en ambas mamas que otros tipos de cáncer de mama. El **cáncer inflamatorio de mama** es un tipo de cáncer poco frecuente en el cual la mama está caliente al tacto, enrojecida e inflamada.

Como se ha dicho anteriormente, las células cancerosas pueden viajar a otros órganos a través del sistema linfático o por el torrente sanguíneo. Cuando el cáncer se disemina (tiene metástasis), el tumor nuevo tiene la misma clase de células anormales y el mismo nombre que el tumor primario. Esto quiere decir, que si el cáncer de mama se disemina al hueso, las células cancerosas en el hueso son células cancerosas de mama. La enfermedad entonces es cáncer metastático de mama y no cáncer de hueso.

No se conocen las causas exactas del cáncer de mama, sin embargo, las investigaciones han demostrado que factores de riesgo tales como edad, antecedentes previos de cáncer, antecedentes familiares de cáncer, embarazos

⁵ Nacional Cancer Institute, en: <http://www.cancer.gov>

tardíos, obesidad, inactividad física, entre otros, aumentarían las posibilidades de padecer cáncer.

Las mujeres con cáncer de mama tienen hoy en día variadas opciones de tratamiento, entre los que se encuentran la cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal y terapia biológica. En la mayoría de los casos, la elección del o los tratamientos dependerá de la etapa de avance de la enfermedad. Del mismo modo, los resultados del tratamiento y su mayor o menor éxito dependerán del estado de avance de la enfermedad al momento de la consulta.

1.2 El paciente Terminal

La nuestra es una época de avances y descubrimiento diarios, tanto la ciencia y la tecnología como la medicina ven con asombro el mundo de posibilidades que se abre ante sus ojos, sin embargo el gran desafío es y serán la cantidad de enfermedades crónicas e incurables que siguen existiendo y para las cuales debemos seguir trabajando.

La Revista Médica de Chile dice: *"La categorización de un enfermo como terminal ha variado en el tiempo, en función del progreso de la medicina y la disponibilidad de nuevos tratamientos y de tecnologías de apoyo vital para enfrentar enfermedades graves."*⁶

En esta búsqueda por dilucidar el concepto de enfermedad terminal surge la idea de enfermedad grave. Me pregunto entonces ¿La enfermedad grave es distinta a la enfermedad terminal?. La Revista Médica de Chile dice: *"Generalmente, se califica de grave a un paciente cuya enfermedad o condición representa una amenaza potencial para su vida. Así, un enfermo terminal es habitualmente un paciente grave pero, obviamente, la mayoría de los enfermos graves no pueden ser calificados como terminales.(...)Tampoco la incurabilidad es sinónimo de terminalidad. Hay pacientes que padecen de enfermedades incurables pero que no los conducen a la muerte en plazos breves y, en consecuencia, no son terminales."*⁷

⁶ Grupo de estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago. "El enfermo terminal". Revista Médica Chile, mayo de 2000, vol.128, no.5, p.547-552. ISSN 0034-9887

⁷ idem

Podemos decir entonces que un **paciente terminal es aquella persona que padece una enfermedad grave e incurable que no le permite una sobrevida a largo plazo**. Pero además para temas prácticos se entenderá que la medicina ya no puede ser curativa y por tanto se dará paso a la medicina paliativa, cuyo fin será aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente sin tratar de curar la enfermedad.

El trabajo arte terapéutico y el desarrollo de la terapia son abordados, en esta práctica, como un complemento al tratamiento paliativo del paciente cuyos objetivos, setting y desarrollo están enfocados a comprender y aceptar la condición terminal de su enfermedad, pero también a mejorar su calidad de vida.

El padecer una enfermedad con características de terminal implica variados cambios a nivel no solo físico, sino económicos, emocionales, espirituales, vinculares, etc. Es por esto que la terapia de apoyo y de acompañamiento es fundamental para ayudar en la simbolización de los conflictos internos de la persona, los que convertidos en obras plásticas y guiados por el arte terapeuta le ayuden al paciente a entender y aceptar la cercanía de la muerte. “Paralelamente a la evolución de la enfermedad que acarrea casi siempre dolor, cansancio, deterioro de muchas funciones del cuerpo y a veces de la mente, el tiempo contado es el que crea la falta de esperanza y sentido y, a la vez, pone en cuestión el correcto desarrollo de un proceso de arte-terapia beneficioso para el paciente”⁸

Para poder definir de mejor manera cuando estamos frente a un paciente terminal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha entregado una pequeña tabla que resume los criterios diagnósticos de la enfermedad terminal:

- a) Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- b) Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- c) Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.

⁸ Collette Nadia, Arte-terapia y Cáncer en Cuidados Paliativos.
http://www.vallericote.net/documentos/publicaciones/revista_at08_nadiacollette.pdf

- d) Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico ante la posibilidad de muerte
- e) Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Hay que entender entonces, que la fase terminal es una fase compleja y dura para cualquier paciente y su círculo cercano (familia, amigos, pareja, etc). Que implica un cambio importante en la manera de abordar la enfermedad tanto en su cuidado como en el desenlace que la misma pueda tener y que implica obligatoriamente asumir la presencia de la muerte como un hecho cercano.

1.3 Los Cuidados Paliativos

El movimiento de los cuidados paliativos fue desarrollado a mediados del siglo pasado por C. Saunders en Inglaterra y da cuenta de la necesidad de brindar una atención compasiva a los pacientes, tendiente no sólo a disminuir el sufrimiento físico de ellos sino también la posibilidad de optimizar su calidad de vida a través del control de los síntomas físicos, emocionales, mentales, sociales.⁹

Para los pacientes terminales, la medicina ofrece la posibilidad del tratamiento o cuidado paliativo, que es definido por la OMS como *“(..) el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, siendo el objetivo principal conseguir la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias.”*

“La calidad de vida en el paciente oncológico, significa para la Medicina Paliativa, la parte central de su atención y está presente cuando las esperanzas, planes o expectativas de los pacientes son satisfechos por su experiencia.”¹⁰ La mejora en la calidad de vida implica no solo un alivio de los síntomas provocados por la enfermedad y que básicamente se relacionan con el dolor, sino también entregarle un apoyo integral al paciente en los aspectos espirituales y emocionales.

⁹ Pastorini, Germán, “De los cuidados paliativos al Ars Moris – Un abordaje psico-espiritual”, Uruguay 2007. Artículo online en <http://www.monografias.com/trabajos15/tanatologia/tanatologia.shtml>

¹⁰ Aresca, Laura, “Psicooncología, Diferentes miradas”, Cuidados Paliativos:calidad de vida en el final de la vida, artículo online en <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>

Cuando hablo de un apoyo espiritual me refiero a la posibilidad de acercarse a Dios a través de la iglesia de su preferencia o a través de una persona idónea, pero también la capacidad de poder relacionarse con su propia esencia, con su propósito de vida. Del mismo modo el apoyo emocional generalmente es brindado por un especialista, psicólogo o terapeuta encargado de ello.

La OMS plantea a través de la siguiente tabla el objetivo de los Cuidados Paliativos:

- a) Alivio del dolor y otros síntomas.
- b) No alargar ni acortar la vida.
- c) Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- d) Reafirmar la importancia de la vida.
- e) Considerar la muerte como algo normal.
- f) Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo más activa posible
- g) Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

Es importante decir que el cuidado paliativo es una labor integral que implica tratar los **síntomas físicos** como el dolor, la dificultad respiratoria o la depresión, **atender emocionalmente** a la familia que también sufre el proceso terminal ayudándole a manejar sus sentimientos, permitiéndoles expresar sus dudas, inquietudes y temores, facilitar el mejor entorno social posible teniendo la sensibilidad hacia las **necesidades espirituales** y la trascendencia del morir, sin juzgar, sin prejuicios y sin intentar imponer nuestros valores a los pacientes.

La medicina paliativa tiene como objetivo primordial entregar al paciente la mejor calidad de vida y bienestar posible, esto implica que si bien la enfermedad no puede revertirse la persona pueda vivir con el menor inconveniente posible.

Evidentemente la calidad de vida implica dignidad de la persona enferma y por tanto no solo implica que los síntomas son aplacados por una terapia medicamentosa sino que también los pacientes son capaces de decidir en conjunto con sus médicos sus tratamientos y entender que la muerte no implica desolación y sufrimiento sino que un proceso natural en la vida.

1.4 Calidad de Vida

Definir la Calidad de Vida no es tarea fácil, la aparición del concepto y su estudio científico de manera sistemática es relativamente reciente. (..) “La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.”¹¹

Los primeros atisbos del concepto se relacionaban al interés por conocer el bienestar humano a propósito de las consecuencias que traía la industrialización. En un primer momento estas mediciones buscaban objetivizar condiciones económicas y sociales, sin embargo no estaban incluidos elementos más subjetivos.

A mediados de los 70 y principios de los 80, “la expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos”.¹²

Pero aún en nuestros días no existe una definición clara y universal de lo que entendemos por Calidad de Vida. Sin embargo me atrevería a decir que la Calidad de Vida son un conjunto de indicadores tanto objetivos como subjetivos que en su presencia hacen que las condiciones de vida de una persona resulten ser satisfactorias para sí. Esto quiere decir que cuando trabajamos en una terapia que ayude a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, debemos ser cautelosos y capaces de escuchar sus necesidades. Las necesidades objetivas (dolor, malestar, deterioro físico, etc), es probable que sean resueltas por el equipo médico

¹¹ Gómez, María; Sabeh, Eliana. Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica, artículo online en <http://www.pasoapaso.com.ve/CdVevolucion.pdf>

¹² idem

tratante, sin embargo las necesidades subjetivas del paciente (atención, contención emocional, cariño, etc) es muy seguro que nos toque a los terapeutas contenerlas.

Las investigaciones sobre Calidad de vida en los últimos años han ido progresivamente en aumento, siendo aplicado el término a distintas áreas del quehacer humano. Si bien el término buscó en algún momento sensibilizar a los profesionales de distintas áreas de los servicios humanos, hoy en día parece ser que las investigaciones se orientan a ofrecer una mejora en la percepción que los individuos tienen de su propia vida. En el campo de la Calidad de Vida relacionada con la salud encontramos empleado el concepto como (...)”un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social”.¹³

Lo que nos interesa en el proceso terapéutico como Calidad de Vida, es sin duda el bienestar del paciente. Esto implica no solo lo que el terapeuta puede ofrecer al paciente terminal (contención emocional, escucha, ser testigo, etc) sino lo que el paciente puede descubrir como herramienta para sí dentro de la terapia (capacidad de observación y expresión, perdón, reconciliación, asombro, alegría, etc). Solo en la medida que el paciente sienta que la terapia contribuye a un mejor estado de su vida (físico, emocional, espiritual) estaremos en presencia de una mejora en su calidad de vida.

1.5 La cercanía a la muerte

El proceso terminal de una enfermedad implica para el paciente el proceso de enfrentar no solo una enfermedad sino también la muerte, el dolor, el sufrimiento y la vida que se termina paulatina pero rápidamente.

Es importante abordar este tema pues no es casualidad que la muerte sea en nuestra sociedad un tema cada vez menos tocado, más estéticamente arreglado y cada vez menos aceptado. E.Kübler-Ross dirá: “(...)La muerte es todavía un

¹³ Gómez, María; Sabeh, Eliana. Calidad de vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica, artículo online en <http://www.pasoapaso.com.ve/CdVevolucion.pdf>

acontecimiento terrible y aterrador, y el miedo a la muerte es un miedo universal aunque creamos que lo hemos dominado en muchos niveles. Lo que ha cambiado es nuestra manera de hacer frente a la muerte, al hecho de morir y a nuestros pacientes moribundos”.¹⁴

Quizás en este contexto médico de enfermedad terminal el miedo a la muerte surja del deterioro que provocan los tratamientos del cáncer, no solo a la parte afectada por la enfermedad, sino que al sistema completo del cuerpo y que paulatinamente va deteriorando el estado de ánimo y la independencia del paciente.

Es probable que la gran falencia de este sistema médico tan avanzado sea dejar un tanto de lado la necesidad del paciente de sentirse querido, acogido y útil socialmente, en este aspecto la dra. Aresca dirá “La enfermedad y la muerte son casi innombrables. La muerte dejó de ser un evento cotidiano, en el que participaba la comunidad y la familia para ser algo oculto, medicalizado. La gente dejó de morir en sus casas para hacerlo en los hospitales, conectados a moderna aparatología, pero lejos de sus seres queridos.”¹⁵ Con este panorama médico en el cual nos vemos insertos como arte terapeutas debemos establecer el primer y fundamental objetivo de la terapia, establecer un vínculo con el paciente, (...) “la inminencia de la muerte hace particularmente único e intenso el vínculo relacional entre terapeuta y paciente” (N.Collette, 2006). El vínculo afectivo que se establece con el paciente terminal ayuda en gran medida a desarrollar en él una confianza y una aceptación del proceso de agonía y muerte, pero también encuentra la complicidad del terapeuta que es testigo y compañero en su búsqueda interior y en su despedida.

La enfermedad terminal implica no solo un proceso físico de pérdida, sino un proceso interno de aceptación y reconciliación consigo mismo. “Hay cinco etapas que describen la forma en que nos relacionamos frente a cualquier pérdida, no solo ante la muerte. Estas etapas pueden aplicarse a todas nuestras pérdidas, ya sean grandes o pequeñas, permanentes o temporales: **Negación, Rabia, Negociación, Depresión y Aceptación**”.¹⁶ Cada uno de estos sentimientos está presente en este proceso de la enfermedad pudiendo estar presente cada uno de manera aislada o varios de ellos a la vez. Generalmente los sentimientos están presentes de manera

¹⁴ Kübler-Ross, Elisabeth, Sobre la muerte y los moribundos, pág 18, 1993

¹⁵ Aresca, Laura, “Psicooncología, Diferentes miradas”, Cuidados Paliativos: calidad de vida en el final de la vida, artículo online en <http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>

¹⁶ Kübler-Ross, Elisabeth, Lecciones de Vida, pag. 83, 2002

paralela y por tanto la situación a resolver en la terapia es compleja pues tiene que ver con la posibilidad de dilucidar, entender y aceptar cada uno de los sentimientos que trae consigo la cercanía de la muerte.

Nuestra gran labor como terapeutas será entonces acompañar en este proceso a los pacientes. Mientras la medicina se encargará de controlar los síntomas producidos por la enfermedad, será nuestra labor apoyar emocionalmente al paciente entregándoles cariño y confianza en este proceso individual y único de agonía y muerte.

1.6 Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente Oncológico

El cáncer sigue siendo en nuestros días una enfermedad compleja, no solo desde el punto de vista médico sino también desde lo psicológico y emocional. Pocas enfermedades provocan a nivel psicológico tantos problemas como el cáncer, pues en él convergen una serie de características complejas como lo son el ser una enfermedad crónica que provoca incertidumbre respecto del futuro de la persona que la padece, el estigma social y los tratamientos que habitualmente provocan cambios físicos importantes. (Alonso 2006)

La enfermedad oncológica en general es una enfermedad larga que no se restringe a un momento único de la vida, sino que puede durar años. El proceso de la enfermedad se inicia en el diagnóstico y sigue con los tratamientos. A estas dos fases le pueden seguir la de remisión de la enfermedad (período libre de enfermedad), la de recidiva (recurrencia de la enfermedad tras un largo período de remisión), y finalmente si la enfermedad no es controlada, la fase terminal.

Cada una de las fases de la enfermedad tiene un impacto físico, emocional y psicológico distinto, es por ello que la necesidad de apoyo y contención en estos aspectos a través de una terapia es importantísimo.

Lo básico es entender que el cáncer trae consigo una serie de enigmas, desde su etiología hasta su pronóstico y esto provoca gran incertidumbre en quienes lo

padecen. La inestabilidad emocional, el miedo y los temores van, unidos a los tratamientos médicos, disminuyendo la calidad de vida del paciente.

i. Reacciones emocionales en las diferentes fases de la enfermedad:¹⁷

- Diagnóstico

Es el momento donde se confirma la sospecha y la persona se identifica con el papel de enfermo. Es un momento altamente estresante y de mayor tensión, es a su vez el momento más temido y el más difícil. Ser diagnosticado de cáncer produce sentimientos de shock en un principio, confusión, negación e incredulidad, los que posteriormente darán lugar a la incertidumbre, tristeza, rabia, angustia y desamparo.

Estas etapas forman parte del proceso de adaptación a la enfermedad, y aunque comienzan en el diagnóstico pueden extenderse hasta la fase del tratamiento de la enfermedad.

- Tratamiento

Las terapias usadas habitualmente en el tratamiento del cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc) son agresivas y provocan una gran cantidad de efectos secundarios que en algunos casos pueden incluso provocar un empeoramiento del estado físico del paciente, sin asegurar la curación total de la enfermedad. Es por ello que el desgaste emocional y psíquico en esta etapa es importante. Reacciones emocionales como ansiedad, miedo, pérdida de control, indefensión, sentimientos de inutilidad e invalidez, son consecuencia de los tratamientos.

En cada uno de los tratamientos surgen distintas reacciones, la cirugía por ejemplo es un tratamiento estresor en si mismo pues el miedo a la anestesia, al dolor, a la muerte durante la intervención y las consecuencias que puede traer la pérdida funcional correspondiente a la parte afectada la convierten en un tratamiento cuyos niveles de estrés y ansiedad son importantes.

¹⁷ Alonso Fernández, Carmen, Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención, 2006. Artículo online en www.psiqatria.com/articulos/tratamientos/24619

La radioterapia en cambio, ocasiona menos problemas psicológicos, sin embargo las respuestas emocionales de ansiedad, miedo y hostilidad al contacto con la máquina (donde se administra el tratamiento) y el temor a los fallos técnicos de la misma son los que predominan en este tratamiento. Finalmente, la quimioterapia es quizás la de mayor desgaste emocional debido a sus efectos secundarios como náuseas, vómitos, fatiga, alopecia, neuropatías, anorexia, etc., presentando los pacientes altos niveles de ansiedad, depresión, dificultad de concentración, baja autoestima entre otros.

Hay que tener en cuenta que en cualquiera de los casos, los tratamientos no aseguran la remisión de la enfermedad y por tanto cualquier síntoma o malestar hará que el paciente vuelva a sentir que la enfermedad no tiene cura.

- **Remisión**

Tras el cese de los tratamientos, la no evidencia de la enfermedad es el período conocido como remisión o período libre de enfermedad. Es el período donde comienza la recuperación física de manera lenta y paulatina. Esta fase se caracteriza por sentimientos de vulnerabilidad y de incertidumbre sobre el futuro. Es donde podría aparecer con mayor intensidad el miedo a la recaída, el volver a convertirse en enfermo. Este miedo y ansiedad se intensifican cuando el paciente debe ir a los chequeos médicos, o frente a cualquier sintomatología física pues es inevitable asociarlo a la presencia de la enfermedad.

- **Recidiva**

La recidiva es la recurrencia de la enfermedad tras un intervalo libre de ella. Esta situación trae consigo no solo repercusiones físicas sino también emocionales y psicológicas. Por un lado el paciente se da cuenta que su situación de salud empeora y que las posibilidades de tratamiento están más limitadas, y por otro implica comenzar nuevamente los tratamientos y con ello volver a pasar por los efectos físicos y psicológicos de los mismos.

Desde el punto de vista terapéutico, es una de las situaciones más difíciles de manejar. Encontramos con frecuencia pacientes con mucha rabia, sentimientos de fracaso, tristeza, ansiedad, angustia, miedo, incertidumbre, desconfianza y rasgos depresivos, siendo la indefensión ante la falta de control de la enfermedad y la depresión las emociones más predominantes y de mayor intensidad

Sin embargo, una vez que se ha decidido la estrategia a seguir, la mayoría de los pacientes es capaz de afrontar de manera adecuada la situación, paulatinamente la intensidad de sus emociones baja y se ponen en marcha sus recursos adaptativos.

- **Terminal**

El paciente en fase terminal es aquél cuya enfermedad es avanzada, con un pronóstico de vida no superior a seis meses y por el cual la medicina curativa no puede hacer nada. Por tanto un paciente en fase terminal es atendido por la medicina paliativa que busca mejorar la calidad de vida de ese paciente en la última etapa de su vida.

Los problemas a los que habitualmente se enfrenta un paciente en etapa terminal son tanto físicos como psicoemocionales. En esta etapa el paciente se enfrenta a tomar conciencia de la gravedad de su enfermedad, la falta de estímulos (porque ha perdido capacidades físicas que le permitan realizar trabajos o actividades cotidianas) y de relaciones sociales (pues generalmente las amistades le frecuentan de manera cada vez más distante, no puede asistir a reuniones, eventos o celebraciones, etc), aumento de celo y sobreprotección de los cuidadores (pues en general es la familia más cercana, quienes también sienten temor de la partida del enfermo) y la “conspiración del silencio” (que significa que el entorno cercano inmediato al paciente no habla frente a él respecto de su estado de salud ni menos de la inminencia de la muerte).

Las reacciones emocionales en esta fase vienen determinadas por la conciencia que el paciente tenga de su situación, así como también del modo de adaptación del paciente. La adaptación depende de varios factores:

- Características del paciente: personalidad premórbida, edad, historia anterior, aprendizaje, etilo de vida, etc.
- Naturaleza de la enfermedad y tipo de muerte: tiempo de evolución, deterioro de la apariencia personal, el nivel en que afecta a su autonomía, síntomas y dificultades de comunicación.
- Entorno: atención prestada por la familia y el equipo médico y asistencial tratante.

Si bien se estima que gran parte de los pacientes logra adaptarse a la situación de enfermedad y muerte, esto no significa que sea una situación fácil, el proceso es largo y doloroso, con múltiples dificultades y altos costos emocionales.

ii. Afrontamiento y adaptación a la enfermedad ¹⁸

El proceso de adaptación a la situación de enfermedad es generalmente largo. La adaptación tiene directa relación con un nivel aceptable de bienestar emocional y calidad de vida sociolaboral, y la asunción del tratamiento y sus consecuencias físicas, sociales, psicológicas, como una necesidad tras la aparición de la enfermedad (Monedo y Alonso, 2003).

Por otra parte, el afrontamiento se define como aquellos esfuerzos de la persona, tanto a nivel cognitivo como conductual, dirigidos a manejar las demandas específicas externas e internas, que son evaluadas como que agotan o exceden los recursos personales (Amicis, 1998). La respuesta de afrontamiento puede centrarse en las emociones, reduciendo el malestar personal, o en el problema, modificando la situación que causa el problema.

La importancia del proceso de adaptación reside en los procesos cognitivo-conductuales que se ponen en marcha frente a una situación estresante, en este sentido, el proceso de adaptación es crucial durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y fase final de la enfermedad. Del mismo modo, puede ser de gran utilidad para el trabajo terapéutico con el paciente, pues de cierta manera podemos

¹⁸ Alonso Fernández, Carmen, Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención, 2006. Artículo online en www.psiqiatría.com/articulos/tratamientos/24619

adelantarnos a ciertas respuestas dentro de la terapia que nos permitan ir guiando de mejor manera al paciente dentro de la misma.

Watson y Cols¹⁹ ayudaron a identificar cinco estrategias de afrontamiento y su influencia en la enfermedad:

- **Espíritu de lucha:** el paciente percibe la enfermedad como un desafío, tiene una actitud positiva hacia el resultado. Manifiesta estar dispuesto a hacer todo lo posible por superar la enfermedad y realiza una búsqueda activa de información sobre la misma.
- **Negación:** el paciente evita el impacto de la enfermedad negando la misma y redefine cualquier evidencia sobre su diagnóstico. Los pacientes no muestran o expresan malestar emocional.
- **Fatalismo:** es una actitud de aceptación pasiva y estoica de la enfermedad. Asumen la escasa posibilidad de control de la enfermedad y la aceptan estoicamente.
- **Indefensión y desesperanza (desamparo):** el paciente se considera desde el primer momento desahuciado y sobrepasado por la amenaza del cáncer. Ausencia de estrategias activas y de esperanza de salir de la situación.
- **Preocupación ansiosa:** el paciente se preocupa obsesivamente acerca de lo que puede suceder e identifica sus síntomas como empeoramiento. La búsqueda compulsiva de reasegurarse le lleva a medicinas alternativas.

Si bien se tiende a pensar que las estrategia de afrontamiento activas ayudan en el mejor pronóstico de la enfermedad, hay que tener en cuenta que la mejoría no solo reside en ellas.

El apoyo emocional y médico son tan importantes como la capacidad del propio paciente de afrontar la enfermedad; por tanto no hay que perder de vista que la capacidad de afrontamiento, unida a una terapia que acoja emocionalmente al paciente pueden otorgarle una mejoría en su calidad de vida.

¹⁹ Watson y Cols, en Alonso Fernández, Carmen, Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención, 2006.

En este caso, la terapia artística puede tener un espacio para indagar y reflexionar a través de elementos plástico- visuales sobre las maneras que tiene cada paciente de afrontar y aceptar la enfermedad. De este modo la exploración surgirá en un espacio lúdico, de contención y sin juicio lo que no solo ayuda a dilucidar ciertos aspectos desconocidos de las estrategias de cada paciente para enfrentar la enfermedad, sino también para ir descubriendo nuevas maneras de resolver cada etapa emocional de la enfermedad a través de un trabajo con los materiales y los recursos que proporciona la terapia de arte.

En el trabajo con los pacientes oncológicos es de gran utilidad ir descubriendo qué materiales artísticos permiten expresar de mejor manera lo que está sucediendo con cada uno, de esta manera ir a momentos guiando la utilización de materiales para ahondar en ciertos conflictos podrá ser útil en la reflexión posterior del paciente respecto a sus sensaciones y emociones.

Capítulo 2

Arte Terapia en el paciente terminal

2.1 El Arte Terapia ²⁰

El arte terapia es una disciplina profesional de servicio humano que recurre a las artes y las imágenes visuales, como a los procesos creativo- receptivos con fines terapéuticos, educativos, de prevención, rehabilitación y desarrollo personal.

Valiéndose de los recursos positivos que cada sujeto posee, el arte terapia contribuye no solo a una curación profunda, personal y espontánea, sino también ayuda a expresar, explorar, clarificar y redefinir las relaciones consigo mismo y con los demás así como también resolver diversos problemas tanto emocionales, sociales, de conducta, ansiedad, autoestima, autovaloración, etc.

La función del arte terapia es servir y atender no sólo las enfermedades de las personas, sino a su potencial de salud y recuperación, es por ello que hoy en día en nuestro país se abre la posibilidad del trabajo interdisciplinario de arte terapeutas, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc., con el fin de incentivar, potenciar y desarrollar una mirada integral de las personas que poseen algún tipo de enfermedad.

Si bien la terapia de arte se vale del lenguaje visual del arte no se busca una perfección estética, sino un modo de expresión menos invasivo que el lenguaje hablado, más simbólico y personal que ayude a cada persona a desarrollarse y experimentar en su autoconocimiento.

²⁰ Definición hecha por las alumnas en práctica para la presentación del Arte Terapia en la institución de práctica, basada en las definiciones de Mimí Marinovic, Asociación chilena de arte terapia, Tessa Dalley y la Asociación americana de arte terapia.

Finalmente, el arte terapia ofrece un espacio terapéutico seguro, lúdico y diferente que valiéndose de las herramientas del arte logra develar para cada sujeto un mundo único, enriquecedor y curativo.

2.2 Curar a través del Arte

Me parece importante ir dilucidando a través de conceptos por qué el arte y más específicamente la terapia de arte puede ser una vía para mejorar la calidad de vida del paciente que padece una enfermedad tan asociada a la muerte como es el Cáncer.

i. Creación y Curación

“Uno de los primeros indicios de que podría existir una relación entre la creación y la curación se encontraría en las Escrituras: si entendemos el estado anterior a la Creación como una metáfora de lo que puede ser la enfermedad (“la tierra estaba desordenada y vacía, y las tinieblas estaban sobre la faz del abismo”), el resultado de la Creación, bien se podría asimilar a una curación (se hace la luz y surge la vida)”.²¹

Si analizamos etimológicamente las palabras Crear y Curar nos daremos cuenta que tienen un sentido especialmente aplicable al trabajo terapéutico con el arte, Crear viene del latín **creare que significa criar**, lo que podríamos entender como un proceso, una evolución y un cambio; por otro lado Curar viene del latín **curare que significa cuidar**, y que podríamos interpretar como un modo de protección frente a los conflictos o enfermedades.

La relación entre crear y curar es aquella que surge en la terapia de arte, pues no solo basta con crear un objeto (obra, trabajo, pieza, etc) lo que implica que lo interno está puesto fuera de sí como algo tangible y posible de ser observado, sino que el proceso de ir elaborando el objeto permite también ir elaborando pequeños

²¹ Touseon, Salomón, El dibujo en la terapia, pág. 47, 2002

procesos en torno a las decisiones respecto de él y de su construcción. De este modo el arte no solo indaga en una “puesta en escena” que está fuera de mí, sino también en un proceso de decisiones y elaboraciones emocionales y mentales que surgen en mi interior y que finalmente pueden ser miradas desde una postura un tanto más distanciada en el objeto de arte.

“De manera objetiva, el arte puede ayudar a la gente a ser testigos de sí mismos. El arte puede llevar a la persona desde su interior al exterior, a la comunidad”.²²

2.3 Arte Terapia y Cáncer

En la actualidad son varios los centros de salud en el mundo que están utilizando el arte terapia como una herramienta complementaria en el tratamiento y cuidado de sus pacientes, algunos de ellos son el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús en Madrid, Hospital Adventista de Taiwan, en Taipei (en el Centro de Terapia de Artes Expresivas), Instituto Oncológico de Clínica las Condes en Chile, Hospital Infantil de Monterrey, México, Ireland Cancer Center, Lombardi Comprehensive Cancer Center, Hackensack University Medical Center, Georgetown University Hospital y Childrens Hospital of Western Notario, entre otros. Es por ello que el trabajo realizado en el Instituto Nacional del Cáncer viene a reafirmar las enormes posibilidades que otorga el arte terapia como herramienta de autoconocimiento y aceptación en el proceso de enfermedad.

Si bien el primer beneficio posible de observar en cualquier paciente que trabaje con arte terapia son los cambios emocionales y conductuales, no es difícil darse cuenta que estos cambios también podrían repercutir en los procesos biológicos y por lo tanto contribuir en la superación de la enfermedad. Nadia Collette nos dirá (en su artículo Hasta llegar, la vida, 2006) con respecto a los arte terapeutas “(...) su formación específica les destina a hacerse cargo de los aspectos emocionales y le prepara particularmente bien para empatizar con la persona doliente. En nuestro contexto (hospitalario), contribuye a aliviar el sufrimiento e incidir así en la mejora de la calidad de vida del paciente y sus familias.”

²² Touson, Salomón, El dibujo en la terapia, pág. 50, 2002

“Según los estudios realizados, el arte afecta al sistema nervioso autónomo, al equilibrio hormonal y a los neurotransmisores cerebrales. Se produce un cambio en la actitud, el estado emocional y la percepción del dolor, consiguiendo llevar a una persona desde un estado de estrés a otro de relajación y creatividad. Nos conecta con la parte más profunda de nuestra psique, donde reside el poder curativo que todos poseemos”.²³

“Un estudio publicó en el Diario del Dolor y Dirección del Síntoma, que la terapia de arte puede reducir un amplio espectro de los síntomas relacionados con el dolor y la ansiedad en pacientes con cáncer. En el estudio hecho en el Northwestern Memorial Hospital, los pacientes de cáncer expresaron reducciones significativas en ocho de nueve síntomas medidos por la escala del gravamen del síntoma de Edmonton (ESAS) después de pasar una hora trabajando en proyectos del arte.

Un estudio realizado a cincuenta pacientes de la unidad de oncología del Northwestern Memorial Hospital se sometieron a un tratamiento de arte terapia en un período cuatrimestral. El ESAS es una escala numérica que permite que los pacientes determinen sus síntomas de dolor, cansancio, náuseas, depresión, ansiedad, somnolencia, carencia del apetito, bienestar y acortamiento de la respiración. Ocho de estos nueve síntomas mejoraron; la náusea era el único síntoma que no cambió como resultado de la sesión de la terapia del arte.”²⁴

Otro de estos estudios fue publicado en la revista Journal of Pain and Symptom Management y concluye que el arte terapia reanima a los pacientes, mejorando los niveles de dolor, somnolencia, depresión y apetito.

La terapia de arte con pacientes oncológicos nos da la posibilidad de ver cómo el trabajo creativo-artístico favorece el cambio de ánimo y la actitud que se tiene frente a su auto imagen y al desarrollo y evolución de la enfermedad. No es extraño entonces que el proceso curativo o paliativo de la enfermedad sea beneficiado por este trabajo terapéutico no solo en aspectos físicos sino también emocionales.

“Bordar fue una de las actividades importantes que me ayudó a no tener nunca náuseas, ni vómitos, lo que es muy habitual y común en otras personas (...)”²⁵, esta afirmación quizás resume en cierta medida que el arte es un medio en el que

²³ Muñoz, Ana , revista CEPVI, El arte como Terapia, artículo online en www.cepvi.com/articulos/arte.shtml

²⁴ Art Therapy Can Reduce Pain And Anxiety In Cancer Patients, artículo online en <http://www.sciencedaily.com/releases/2006/01/060102104539.htm>

²⁵ Ebert, Leonor, Cómo aprendí a vivir después de sanar de cáncer, pág. 53, 2003

confluyen la expresión, la aceptación, la concentración, la flexibilidad, el análisis y la toma de decisiones. Todas estas características al ser guiadas de manera terapéutica por una persona calificada para ello repercuten de una u otra manera en el comportamiento fisiológico de las personas causando beneficios que probablemente deban ser respaldados por estudios serios a través de instrumentos estandarizados. Sin embargo en la experiencia de práctica realizada en el Instituto Nacional del Cáncer, es posible darse cuenta a medida que el proceso terapéutico se desarrolla cómo los pacientes van cambiando no solo en la actitud emocional más positiva que expresan verbalmente y a través de sus trabajos plásticos, sino también se demuestran físicamente más dispuestos al trabajo artístico a pesar muchas veces de sus limitaciones físicas producto de la enfermedad. *(observaciones tomadas tanto en la experiencia grupal como individual de arte terapia)*

2.4 Algo de setting

El arte terapia a través del lenguaje plástico-artístico posibilita la expresión y comunicación de los conflictos internos de cada persona, sus emociones dolorosas, sus preocupaciones, sensaciones, sentimientos, inquietudes, vivencias o pensamientos que surgen de su situación terminal y que son difíciles de expresar por pudor, miedo, vergüenza, vulnerabilidad emocional, confusión, etc. o que son imposibles de expresar a través del lenguaje verbal por distintas razones como deficiencia respiratoria, problemas en las cuerdas vocales, etc.

El miedo a la muerte parece ser el conflicto interior más complejo en este tipo de pacientes, sin embargo el arte terapia busca acoger y comunicar.

“(…) Complementar el lenguaje verbal o incluso, a veces, sustituirlo por un lenguaje de representación, simbólico, puede dar al paciente más posibilidades para enfrentarse al sufrimiento generado por las sucesivas emociones que le atraviesan, con una mirada completamente nueva para él que, a su vez, puede contribuir a atenuar sus miedos.”²⁶

El trabajo arte terapéutico con pacientes terminales requiere no solo de un gran cariño, comprensión y capacidad de acoger, sino que implica que los arte

²⁶ Collette, Nadia, “Hasta llegar: la vida”, pág 152. Revista Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, vol. 01, 2006

terapeutas debemos tener la capacidad de flexibilizar nuestros encuadres terapéuticos pues existen varias cosas en juego. En el tratamiento de un paciente terminal no solo está en juego la temporalidad que implica la cercanía a la muerte y con ello la necesidad de trabajar centrados en el “aquí y ahora”, un poco a contratiempo, sino que también debemos tener en cuenta el paulatino deterioro físico que sufre el paciente a medida que su enfermedad avanza. El deterioro físico del paciente va desde la sensación de cansancio y desganado hasta el dolor y los problemas respiratorios (apneas), pero no podemos aislar los conflictos emocionales ligados al miedo a la muerte, las tareas inconclusas, los afectos y la relación de pérdida de sus seres queridos.

Muchas veces nuestro encuadre debe ser flexible, permitiendo los tiempos necesarios de exploración con los materiales, la adaptación de los mismos materiales al contexto en que se realiza la sesión, pues ésta puede ocurrir tanto en el hospital como en el domicilio del paciente. Del mismo modo habrá que tener en cuenta que los conflictos que trae el paciente a la sesión de arte terapia deben ser tratados y trabajados con cariño, empatía y dedicación pues no hay que perder de vista que se trabaja contra el tiempo y por lo tanto el tiempo de trabajo puede ir variando de sesión a sesión, así como también puede ir cambiando la frecuencia de las sesiones según sea necesario para el paciente.

La inminencia de la muerte y la posibilidad de trabajar en una sesión individual de arte terapia, hace sin duda que el vínculo entre paciente y arte terapeuta sea quizás un poco más estrecho, intenso y particularmente único, pues es el terapeuta el testigo y el vínculo de la agonía del paciente con su obra como elemento de trascendencia y sobrevida.

El arte terapia entonces contribuirá no solo a acoger y aceptar los conflictos que el paciente tiene con respecto a su vida, su enfermedad y la cercanía con la muerte, sino que también lo hará desde la percepción de trascendencia del paciente a través de su obra, la cual será el legado de su existencia para sus seres queridos.

Desde esta mirada, quizás sea poco apropiado buscar respuestas analíticas a sus conflictos, más bien debería primar un enfoque más espiritual. Como plantea la Arte terapeuta española Nadia Collette, “(...) Un enfoque diferente, orientado hacia el

lado más espiritual del pensamiento, es decir deslizándose desde el proyecto de vida hacia el sentido de la vida.”

Podemos plantearnos nuestra intervención como arte terapeutas en un sentido amplio de acoger y ser testigos, intentando entregar el máximo de nuestros conocimientos e intuiciones para ayudar al paciente a mejorar su calidad de vida, sin intentar buscar grandes respuestas e intensos análisis, sino que buscando que el paciente se valga de sus propios recursos para comprender y aceptar la enfermedad, así como también buscar la reconciliación con su propia existencia a través de la expresión plástica.

Finalmente, un punto importante que no podemos descuidar cuando trabajamos con pacientes terminales es la posibilidad diaria e inminente del fallecimiento de nuestro paciente. Es por ello que no podemos descuidar los cierres de cada sesión, teniendo en cuenta que ese cierre podría ser siempre el cierre de la terapia completa.

Esta necesidad de cierre fue en esta práctica algo intuitivo, sin embargo no lo suficientemente conciente desde un comienzo. Por lo mismo, creo estrictamente necesario iniciar el proceso terapéutico con un paciente terminal teniendo plena conciencia que **la muerte es un factor presente a cada instante**. En esta terapia, los rituales de cierre fueron trabajados como una manera de agradecer el tiempo compartido ese día, de manera afectuosa y sin olvidar convertir la experiencia de la sesión en un título para la obra.

2.5 El rito en la terapia

El rito ha sido utilizado en la terapia hace más de tres décadas. La terapia familiar sistémica ha sido, sin duda, la mejor demostración de que rito y terapia funcionan de buena manera.

“Los ritos son configuraciones de actos que nos ayudan a centrar la atención, a contextualizar y organizar la experiencia. Los ritos son funcionales, los realizamos para algo. Con los ritos enfocamos nuestro propósito, centramos nuestra energía y

canalizamos nuestra intención”.²⁷ La gran diferencia entre un mero acto cotidiano y un rito es la intención y el sentido que ponemos en ese acto, concentramos ahí nuestra atención, nuestra energía y nuestro cuerpo, siendo concientes del aquí y ahora. Esta característica fue la que determinó que el rito fuera un elemento fundamental dentro de la terapia de arte realizada con Myrna. La necesidad de poner la atención en el aquí y ahora, poniendo toda la atención en cada movimiento fue la forma de trabajar una despedida en cada sesión.

Pero el rito no solo da sentido a una secuencia de actos, sino que también los organiza (por eso el rito de trabajar el puzzle que es una secuencia que ordena, muestra y trae la experiencia al aquí y ahora) “Coloquialmente asociamos el termino ritual a un organizador de la experiencia que puede ser único e irrepetible”.²⁸

El rito hace del acto una pertenencia, una identificación con lo que yo soy pues en él existe un carácter simbólico que se construye entre los participante (terapeuta y paciente) generando una atmósfera “mágica”, esto convierte al rito en algo que se prolonga en el tiempo. “En psicoterapia se considera que un ritual comprende un conjunto de actos y/o interacciones simbólicas mas o menos estructuradas, que no se restringen únicamente a la ceremonia de realización, sino que incluyen el proceso completo de preparación, la experiencia misma de ejecución y la reintegración posterior a la vida cotidiana”.²⁹

El rito tiene según el caso distintas funciones, no solo en la terapia sino en la vida entera de las personas. Como se expone en “A propósito de un ritual”³⁰, los rituales generan un sentimiento de pertenencia, ordenan y regulan el funcionamiento social, transmiten la cultura, valores y normas, permiten hacer un paso de una etapa a otra, evocan emociones y se centra la atención en lo que se está experimentando.

El rito marca tiempos, instancias, cadencias que no siempre son rígidas pues a ratos está permitido un espacio de improvisación y experimentación a través de la carga simbólica que él posee. “La creación artística, cuando es entendida como vía terapéutica, no tiene que ver con la producción de formas bellas, sino con la

²⁷ Díaz Fernández, Juan José , Ritos Grupales en psicoterapia. Clínica, proceso y autoconocimiento, 2002. Artículo online en <http://www.euskalnet.net/izkali/RITOSGRUPALES.htm>

²⁸ Díaz Fernández, Juan José, Ritos Grupales en psicoterapia. Clínica, proceso y autoconocimiento, 2002. Artículo online en <http://www.euskalnet.net/izkali/RITOSGRUPALES.htm>

²⁹ Benito Rioseco, Orlando, A propósito de un ritual. Artículo online en <http://www.ugr.es>

³⁰ idem

transformación de lo real a través de fundir y mezclar experiencias, emociones, deseos, recuerdos, con formas y materiales (objetos, colores, texturas, imágenes), posibilitando que la vivencia del silencio, ante la limitación del lenguaje, dé nombre a lo que se siente, y lo haga de manera saludable”.³¹ En la experiencia realizada en la práctica profesional la terapia fue trabajada a modo de ritual en el silencio (pues la paciente presentaba gran dificultad para expresarse verbalmente debido al avanzado cáncer en sus pulmones), trajimos cada día de terapia sus vivencias de manera simbólica como un puzzle de su vida a través del cual se ordenó la experiencia, se trajeron conflictos al aquí y ahora permitiendo reconciliarse con ellos y se hizo de la experiencia un encuentro mágico que perduraba en el espacio entre una sesión y otra.

El rito dio justeza a la terapia, la hizo convertirse en un ejercicio con trascendencia no solo para la paciente, sino también para su madre tras el fallecimiento de Myrna.

³¹ del Río Diéguez, María, Formas para el silencio, pag. 69, Revista Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, vol. 01, 2006

Capítulo 3

Estudio de Caso

3.1 Institución: Instituto Nacional del Cáncer



Emplazado en un lugar antiguo e histórico de la ciudad de Santiago, el Instituto Nacional del Cáncer (INC), es el primer hospital público en Chile especialista en el diagnóstico y tratamiento del cáncer lo que convierte a este espacio en un referente histórico y médico a

nivel nacional.

“El INC funda su labor en la asistencia, docencia e investigación del cáncer, contribuyendo así a la mirada integral de la enfermedad y tratamiento de la misma.”³²

Es por esta razón que en el mes de Septiembre, la Unidad de Cuidados Paliativos liderada por la dra. Marisol Ahumada, médico jefe de la unidad, nos propone trabajar el Arte terapia al interior del hospital como un modo de ampliar el espectro de terapias de apoyo al tratamiento médico del cáncer que ofrece el hospital.

Entre las terapias de apoyo al paciente con cáncer se encuentran no solo la psicoterapia y la terapia ocupacional, sino también la acupuntura, el reiki y la terapia floral. El Arte terapia entonces viene a fortalecer estas terapias de apoyo y a brindar

³² Instituto Nacional del Cáncer, www.incancer.cl

a los pacientes autovalentes que son tratados en el hospital, un espacio abierto, creativo y de contacto con sus propias emociones a través del arte.

La primera etapa de acercamiento al hospital es meramente de observación y reconocimiento de los espacios, las personas, la organización y las relaciones que surgen entre los pacientes, sus familiares, el cuerpo médico, etc.

En este tiempo de reconocimiento, la primera labor ha sido buscar la forma de dar a conocer el Arte terapia al cuerpo médico - asistencial del hospital y a los pacientes y familiares que acuden diariamente al hospital. Para ello se han dispuesto afiches por todo el hospital, se ha invitado a los médicos, enfermeras, paramédicos, tecnólogos y otros funcionarios a una pequeña charla explicativa sobre los inicios, desarrollo y práctica del arte terapia en Chile y el mundo, y hemos incentivado a cada uno de ellos a que nos ayuden en la labor de recopilar materiales de desecho del mismo hospital para poder usarlos dentro de las sesiones de arte terapia.

Nos es extraño lo que sucede a partir de aquí, pues este tiempo de reconocimiento ha sido mucho más largo de lo esperado (1 o 2 semanas), pues el ritmo de trabajo dentro del hospital es rápido y siempre contra el tiempo. En su mayoría los funcionarios desconocen el rol y el trabajo realizado en arte terapia y por lo tanto la derivación de las personas a nuestras sesiones semanales de terapia grupal e individual es bastante lenta. Sin embargo la Unidad de Cuidados Paliativos se encarga de manera activa en la recolección de materiales y la difusión entre los médicos y otros funcionarios del trabajo arte terapéutico. De este modo se va configurando el primer tiempo de acercamiento y poco a poco el taller de arte terapia (como hemos llamado a nuestras sesiones grupales) y las sesiones individuales van tomando ritmo y espacio.

3.2 Myrna

En este tiempo de reconocimiento y construcción de un espacio de Arte terapia en el hospital he descubierto que son muchas las personas que necesitan acudir a la terapia, sin embargo existen dos dificultades: por un lado la lentitud de la derivación de los pacientes a la terapia y por otro la poca validación de nuestro trabajo

terapéutico entre los psicólogos del hospital y los médicos de otras unidades. A partir de una exposición explicativa del arte terapia realizada por las alumnas en práctica al interior del hospital los profesionales intentan abrirse a la experiencia y validez del arte y la terapia como un complemento en el tratamiento de los pacientes.

A mediados de Octubre y luego de un fallido comienzo de terapia individual con una persona que desistió a último momento de la terapia, la dra. Carolina Muñoz me comenta sobre su interés en que trabaje con una de sus pacientes. Me explica que es una mujer joven que padece un cáncer terminal y que se encuentra en un estado depresivo a propósito de su enfermedad y de su condición de oxígeno dependiente que la mantiene en su casa todo el tiempo. Me advierte que el trabajo con la paciente deberá realizarse en el domicilio de ella.

La doctora Muñoz ha hablado con la paciente y le ha manifestado la opción de tener sesiones individuales de Arte terapia a lo que la paciente accede entusiasmada pues a ella le gusta el trabajo manual. Acordamos que contactaré a la paciente para coordinar las terapias.

Ese mismo día contacto a Myrna por teléfono y le manifiesto la posibilidad de poder trabajar una terapia individual a través del arte a lo que ella reacciona con mucho entusiasmo y disponibilidad. Se acuerda juntarnos a la semana siguiente en su domicilio y comenzar la terapia.

3.3 Algunos datos biográficos y médicos

Myrna es una mujer de 42 años, soltera. Lleva solo 3 meses acudiendo al Instituto Nacional del Cáncer como consta en su ficha, a pesar de padecer de cáncer hace aproximadamente 4 años. Producto del estado avanzado del cáncer ella debe estar conectada a oxígeno las 24 horas del día y se moviliza dentro de su casa caminando o en silla de ruedas las veces que se siente más débil y cansada para caminar.

Myrna explica que el cáncer comenzó en su pecho izquierdo, que se dio cuenta por un “poroto” y que terminó siendo cáncer. Le hicieron una mastectomía izquierda y tratamiento para controlar el cáncer. Sin embargo un par de años después el cáncer se ramificó a la columna siendo controlado hasta que reapareció una metástasis en el pulmón hace unos meses atrás (*la paciente no precisa cuantos, pero alrededor de 3 ó 4*).

Desde que se enfermó por primera vez su trabajo ha sido intermitente, siempre en área de ventas. El último trabajo que tuvo fue en el Banco Falabella, pero hace unos meses cuando le hicieron la última radioterapia dejó definitivamente de trabajar.

Myrna vive con su mamá, es hija única de padres que se separaron cuando ella era muy pequeña o estaba en gestación (*no hay claridad al respecto pues ella dice no haber conocido a su padre cuando chica*).

Sólo tuvo un primer acercamiento a él hace unos años (*la paciente no precisa cuantos*) cuando le empezó el cáncer, pues necesitaba obtener información médica de su familia paterna. Sin embargo asegura que fue extraño conocer a su padre, su relación desde ahí ha sido siempre distante de parte de ambos.

Él la visita a veces y sabe que tiene hermanos paternos, sin embargo no tiene relación con esa familia a excepción de una tía por medio de la cual contactó a su padre.

Ella ha vivido siempre con su madre, por lo que la relación de ambas es muy estrecha, quizás más parecida a lo que podría ser una “pareja” que una madre y una hija, por los roles que cada una cumple y porque en cierto modo han vivido siempre como un núcleo mas bien aislado del resto de la familia. Myrna manifiesta haber pasado por todo, peleas, cariño, desencuentros y encuentros... Su madre y sus amigas han sido su mundo este último tiempo y también quienes han estado con ella en este duro proceso.

Myrna explica que “se quedó soltera” porque decidió no casarse. Antes que le detectaran el cáncer mamario ella estaba de novia, sin embargo sentía que no estaba enamorada y por lo tanto decidió cancelar el matrimonio. Siento que este es

un episodio crucial de su vida pues involucra muchos temas para ella. Ella manifiesta que esa decisión le causó mucha pena porque su novio era una buena persona, sin embargo se siente tranquila, pues *“era la mejor decisión y no me arrepiento”*.

Hace un tiempo Myrna estuvo asistiendo durante varios meses a sesiones con el siquiatra por el tema de su enfermedad. También fue al psicólogo, pero solo 2 sesiones porque no le gustó. Sin embargo ahora está dispuesta a asistir a la terapia de arte porque siente que le va a ayudar.

La paciente comenta que antes de enfermarse pintaba, lo hacía con pasteles grasos sobre cartulina. *“Hacía dibujos abstractos porque me gustaban y después que los terminaba los vendía”* dice ella. Era algo que le gustaba mucho hacer y que lo dejó tras la enfermedad. Es por eso que ve en la terapia la posibilidad de retomarlo.

3.4 Descripción y Análisis del proceso terapéutico

Me parece pertinente explicar que durante el proceso terapéutico la paciente realizó tres trabajos más un trabajo diagnóstico a lo largo de las 10 sesiones, por lo que cada trabajo terminado ha sido realizado en una o más sesiones.

La manera en que se ha ordenado este análisis, surge de un orden cronológico, pero también de las temáticas emergentes en las sesiones y que están representadas en un mismo trabajo. Este orden no ha sido al azar y pretende dar cuenta de los objetivos, temáticas y logros obtenidos en cada una de las sesiones y que se relacionan a temáticas como el cuerpo y la enfermedad, el rito y la simbolización.

3.4.1. El primer encuentro

i. Setting

Para el trabajo con Myrna se acordó previamente de manera telefónica que los encuentros serían en su casa debido a la dificultad física de ella.

En este caso se ha escogido un setting flexible, que permita ir realizando las terapias según la necesidad y disponibilidad física de la paciente. Hemos definido el setting en común acuerdo con Myrna después de haberle explicado en qué consistirá la terapia.

Hemos acordado entonces que las sesiones serán todos los lunes a las 18 hrs y que eventualmente si fuera necesario, incluiremos sesiones los días sábado. En cualquiera de los dos casos si alguna de las partes no pudiese asistir a la sesión deberá avisar previamente.

Las sesiones se trabajarán de manera directiva y no directiva según las necesidades de la paciente. El lugar del departamento acondicionado para las terapias será el comedor pues es más cómodo y amplio para la silla de ruedas de Myrna. La mesa es amplia y el lugar es bien iluminado de manera natural.

Se le explica a Myrna que este trabajo es supervisado y por lo tanto se le pide autorización para registrar las sesiones de manera escrita y de manera visual los trabajos.

Se le explica que en las sesiones solo participaremos ella y yo, pues lo que tratemos en la terapia es personal.

ii. Materiales



Los materiales ofrecidos en la terapia son limitados debido al traslado entre el hospital y el domicilio de la paciente, sin embargo le explico a Myrna que a medida que avancemos en la terapia se podrán ir agregando nuevos materiales según sus necesidades.

Tijeras, cuchillo cartonero, cola fría, pegamento en barra, goma eva, palos de helado y tablitas de tercián, pinceles y témpera.

Lápices de colores, pastel graso, lápices de cera, papeles blancos y papeles de color autoadhesivo, hoja de block H-10, greda, vendas de yeso y plasticina.

iii. Objetivos Generales de la terapia

La terapia parte enmarcada en la situación terminal de la paciente y por tanto en la posibilidad que su estado de salud pueda variar rápidamente de un momento a otro. En ese marco la terapia busca los siguientes objetivos:

- Entregar a la paciente un espacio de distracción, relajación y desahogo de los conflictos surgidos de su estado de enfermedad.
- Entregar contención emocional a través del trabajo creativo.
- Hacer de la terapia una instancia para reflexionar y experimentar los emergentes emocionales de la paciente.
- Acompañar y ser testigo del proceso artístico-emocional de la paciente.

Si bien los objetivos son más bien amplios, esto se debe a que hay que tener en cuenta siempre que cada sesión puede ser la última, pues el desenlace de la enfermedad es y será inesperado. Del mismo modo habrá que tener en cuenta que es probable que el número de terapias sea más bien acotado y por lo tanto no se puede ahondar en conflictos que no podrán ser trabajados en profundidad o tal vez no puedan ser cerrados en una sola sesión. Es por ello que el máximo cuidado estará puesto en ser un terapeuta-testigo de su situación, que a través de la exploración en el trabajo plástico, el cariño y la dedicación permita que el paciente tenga un momento de distracción que le aporte a su calidad de vida inmediata.

iiii. Fases del proceso terapéutico

El proceso terapéutico consta de tres fases (que se superponen) a lo largo de los dos meses de la terapia, un inicio y establecimiento del vínculo, un desarrollo de actividades y trabajos y un cierre realizado con la madre de la paciente ya fallecida.

Vínculo (primera a quinta sesiones aprox.)

El primer acercamiento con la paciente se dio de manera telefónica para confirmar su interés por la terapia y para proponerle (en caso que su respuesta fuera afirmativa) trabajar las sesiones de manera individual en su domicilio. Ese primer acercamiento fue bastante formal, pero la paciente se sintió sorprendida y entusiasmada de poder tener las terapias en su departamento.

Desde el primer momento hubo de ambas partes una buena comunicación (tanto verbal como no verbal), lo que permitió que el trabajo plástico se desarrollara de manera tranquila.

En esta primera instancia establecemos el setting a mutuo acuerdo y se le explicó a grandes rasgos en qué consiste la terapia artística, cuáles son los objetivos y cuáles son en ese momento los intereses por parte de la paciente con respecto a la terapia.

El primer vínculo con el trabajo plástico es a modo de diagnóstico y tiene las funciones de conocer un poco de ella y ofrecerle un trabajo directivo que no le provocara ansiedad.

El trabajo realizado fue la aplicación del test proyectivo HTP, cuya finalidad fue incentivar a la paciente a realizar un trabajo plástico a partir del cuál pudiera expresar sus temas emergentes. Debo aclarar que el test no fue analizado de manera proyectiva por la terapeuta sino como un inicio al diálogo con la paciente para ir dilucidando sus necesidades.

Este primer acercamiento logra el objetivo de bajar la ansiedad de la paciente, quien tiene muchas ganas de volver a pintar.

Desarrollo de actividades y trabajos (primera a décima sesión)

El desarrollo de los trabajos fue llevado a cabo a su vez en cuatro etapas, una etapa de introducción donde se busca establecer una relación con lo que ha

sucedido durante la semana con la paciente, hablamos de lo que ha pasado en los días sin vernos, en cómo se ha sentido, en qué ha pensado, etc.

Luego vendrá una etapa de conexión con el trabajo a realizar o con el trabajo que se continuará de la sesión anterior. Esta conexión es en la mayoría de las veces o una toma de conciencia del propio cuerpo y de su estado en ese momento, o bien una imaginería relacionada con el tema del trabajo que se está realizando. En ambos casos esta conexión permite introducir a la paciente al trabajo plástico.

En algunas oportunidades en las que las *ausencias* de la paciente son reiteradas y sus apneas también, este proceso de conexión se realiza de manera verbal, hablando del trabajo que se va a continuar.

Después de la conexión viene el trabajo plástico. Como la paciente tiene conocimiento del uso de los materiales la exploración de los nuevos materiales que le son presentados se realiza dentro del mismo trabajo plástico. Se insta a la paciente a ir siempre mezclando y utilizando los distintos materiales que se le presentan con el fin de que integre nuevas experiencias al trabajo terapéutico y no se quede solamente en los materiales seguros (*materiales que ella domina*).

El trabajo plástico ocupa el mayor tiempo dentro de la sesión, aproximadamente entre 40 a 50 minutos.

Finalmente viene la etapa de cierre cuyo objetivo es hablar del trabajo, reflexionar sobre él en la medida de lo posible o bien darle un nombre o título que sintetice la experiencia del trabajo.

Cierre (una sesión después del fallecimiento de la paciente)

Todo proceso terapéutico que se inicia debe tener un cierre, sin embargo y como he señalado anteriormente, el trabajo con un paciente terminal no siempre permite establecer una cantidad de sesiones de cierre. Este caso no fue la excepción, pues el repentino fallecimiento de Myrna no permitió elaborar un cierre de la terapia. Sin embargo se decidió configurar un cierre con la madre de la paciente, en el cual se entregan los trabajos realizados por la paciente y donde se conversa con ella lo que sucedió en cada sesión, los temas tocados y la elaboración que la paciente hace de sus propios trabajos.

Este modo de cierre es, en este caso, de mucha ayuda para la madre de la paciente, pues las obras se convierten para ella en una constancia del último tiempo de su hija, es un modo de ver que la paciente trasciende en el tiempo y su recuerdo es concreto y duradero.

El cierre permite en cualquier caso establecer una conclusión y una evaluación del tiempo de terapia realizado, no solo para el paciente sino que también para el terapeuta y la familia del paciente que ha sido testigo silencioso de este proceso.

3.4.2. El cuerpo, la fragilidad frente a la enfermedad: *El mapa de su cuerpo*

*“El cuerpo está siempre hablándonos;
solo falta que nos molestemos en escucharlo”³³*

El cuerpo se ha convertido en el punto de partida de las sesiones de arte terapia y no es casual pues, es un cuerpo enfermo, cuya vivencia silenciosa se ha alterado por la enfermedad que muestra el desgaste diario de la lucha por vivir.

La fragilidad de un cuerpo enfermo que no mejora no solo trae consigo el desánimo de la paciente, sino que también la aceptación de ella y la de su madre de la dependencia que la enfermedad genera. La debilidad implica una pérdida de la independencia y por lo tanto un retroceso en los espacios construidos a medida que se es adulto. Necesitar ayuda para el baño, la comida, etc., provoca además una sensación de peso y desesperación por el debilitamiento de la salud.

El cáncer en Myrna avanza a pasos agigantados. El tumor mamario que detonó el cáncer se encuentra ramificado no solo a los huesos de su columna sino también a sus pulmones.

La debilidad de su cuerpo se nota a diario, se siente cansada, permanece en cama o en silla de ruedas y está conectada a oxígeno las 24 horas del día pues siente que le cuesta respirar y sufre de apneas. No hace otra actividad que ver televisión, escuchar música y conversar con su madre, pero ahora su actividad semanal es el arte terapia.

³³ Hay, Louise L., Usted puede sanar su vida, pág.145, 1991

i. El mapa del cuerpo (segunda a quinta sesión)

Ha pasado una semana desde nuestro primer encuentro, conversamos con Myrna respecto de su semana, ella dice que no se siente bien, que le cuesta hablar y se siente ahogada, es primera vez que habla de su *ahogo*.

Le propongo entonces un trabajo de imaginería, de contacto con su cuerpo. Myrna con sus ojos cerrados, sentada en su silla de ruedas es guiada para que mentalmente vaya recorriendo su cuerpo, la insto a que descubra las partes de su cuerpo que quiere disfrutar y también para que reconozca las partes de su cuerpo que están enfermas. Le pido que a medida que recorre su cuerpo vaya visualizando paisajes que representen cada una de las partes a partir de las sensaciones que éstas le provocan.



Se le pide que trabaje con los materiales ofrecidos, que en lo posible experimente ocupar materiales que desconozca mezclados con los que conoce, y que con ellos

plasme sus sensaciones, sus visiones respecto de su cuerpo y los paisajes que lo habitan.

Myrna trabaja con calma, el trabajo va apareciendo de a poco. En la primera sesión aparecen los árboles superiores, el río y los árboles a cada lado del trabajo. Ella habla de su cansancio, de su sensación de ahogo que la hace sentirse agotada y que no le permite trabajar bien.

“Los árboles a cada lado del dibujo salen de mis muslos y se abren hacia el vientre. El río va por la pierna izquierda, en realidad por ambas piernas. Las piernas también tienen los árboles de arriba, los brazos y el cuerpo también los tienen.”

El trabajo dura cuatro sesiones de las cuales logramos dilucidar el motivo específico de su consulta. A través de estas cuatro sesiones el trabajo es retomado con una conexión, una visualización y una imaginación que permitan a Myrna retomar las sensaciones de su cuerpo. Poco a poco las sensaciones van a ir cambiando y su estado de ánimo también.

A medida que pasan las sesiones permito que en cada ejercicio de conexión la paciente tome contacto con los latidos del corazón, con el ritmo del cuerpo y con la respiración que es en este momento el foco de atención.

Después de conectarse con el ritmo de su cuerpo, su ánimo empieza a mejorar. Es posible darse cuenta pues la paciente espera las sesiones de arte terapia levantada de su cama, su rostro luce más alegre y ella está más dispuesta para el trabajo a pesar de su dificultad física.

Aparece en la imagen el sol en el extremo superior derecho, radiante y luminoso. Ella descubre que su trabajo le inspira *“frescura, mucha agua y libertad”*.

Este es un trabajo cuyo proceso de conexión con el cuerpo da paso a una conexión con sus sensaciones más íntimas. Si bien el objetivo de conexión y aceptación de su dificultad respiratoria se cumplió, pues ya no constituye el eje principal de conversación en la sesión, abrió el espacio para dilucidar el motivo de consulta en la terapia.

“Tengo miedo de mi enfermedad, tengo miedo a morirme. Pienso todo el tiempo en mi enfermedad y pienso que no quiero morirme. Quiero que la terapia me ayude a dejar de pensar en mi enfermedad.”

Es a partir del análisis que Myrna realiza de su propia composición terminada que se le propone hacer el siguiente trabajo. *“El trabajo está terminado y me gusta como quedó. Ahora si es un paisaje, antes las cosas estaban separadas. Era como un rompecabezas”*. Hablamos de esta mirada fragmentada que es la de un rompecabezas, del hecho de unir partes para armar la figura completa y quizás de la necesidad de encontrar un nexo entre una pieza y otra. Hablamos también de su propósito de vida, de aquello que la estimula a seguir luchando y ella explica que no tiene cosas por hacer.

Esta conversación me sugiere como terapeuta la necesidad del rito del orden, el unir las piezas, el dilucidar el misterio y cerrar la historia.

3.4.3. El arte terapia como ritual: *El puzzle de la vida*

Tal como vimos anteriormente, el rito no es otra cosa que una acción diaria, cotidiana que adquiere significado para quien la realiza. El rito es único y personal, pues cada vez que se realiza se actualiza y se hace pertenencia de él.

El término "rito" proviene del latín *ritus*. Los rituales responden a una necesidad, como los religiosos; o responden a una costumbre como los cotidianos.

En psicología el término "ritual" en ocasiones se refiere a una acción o serie de acciones que una persona realiza en un contexto dado que no tienen otro propósito o razón aparente.³⁴

El arte terapia con Myrna es en si un rito semanal. “Yo entro a su casa, ella me está esperando, nos saludamos, conversamos mientras su madre la acomoda en la mesa de trabajo. Yo ordeno los materiales sobre la mesa. Hablamos de la semana,

³⁴ Wikipedia Enciclopedia libre, online www.wikipedia.org.

iniciamos el trabajo, hablamos de él, hacemos un cierre. Juntas guardamos los materiales, conversamos un poco y nos despedimos”

“El rito se produce en momentos determinados, en lugares consagrados, los participantes están conscientes de su participación y su grupo es solidario (...)”³⁵

Si entendemos el rito como la costumbre y el ritual como el orden, el arte terapia con Myrna se convierte en un ritual.

Lo importante de entender la terapia desde esta perspectiva es que el simple hecho de lo cotidiano se transforma en un paciente terminal en un ejercicio lleno de significados, el rito le otorga orden y significación a lo que se hace y el arte le da a ese orden una perpetuidad pues la obra es tangible y duradera a través del tiempo. “(...) el rito perpetúa una experiencia plena, mientras que el lenguaje ofrece un modelo que reemplaza la experiencia misma por el acto de designarla.”³⁶

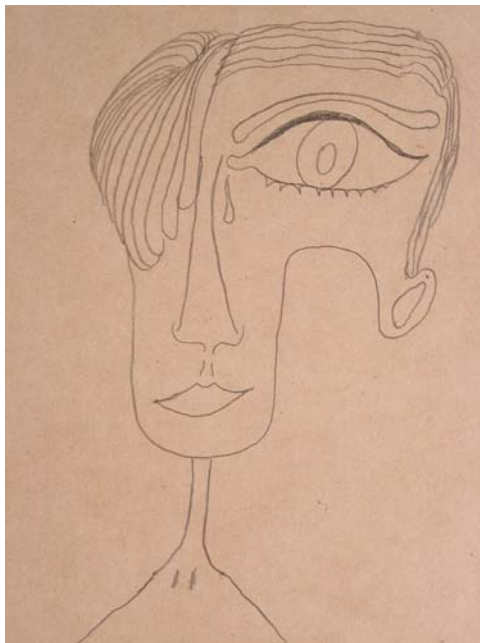
Hacer consciente en el paciente el deterioro de su estado de salud a partir del ritual es quizás un buen modo de acompañar en la terapia, pues el trabajo adquiere un sentido trascendente y perdurable no solo en el objeto (obra) sino también en los actos diarios que adquieren significados íntimos para cada persona.

i. El puzzle de la vida: Escena 1 (quinta a séptima sesión)

Cuando revisamos el trabajo de “el cuerpo” llegamos a ver un trabajo más bien desarticulado donde los elementos se relacionaban solo por proximidad. Esta característica hace pensar a la paciente en un modo de construir su obra como un

puzzle, es por ello que propongo comenzar un nuevo trabajo en resonancia a este último, será “el puzzle de su vida”.

Intentaremos a través de este trabajo ir haciendo consciente momentos significativos de su vida, ellos se harán materialmente tangibles en soportes sólidos que simbolizan la perpetuidad del



de Historia del Arte, Universidad de Viña del Mar.
de Historia del Arte, Universidad de Viña del Mar.

trabajo realizado, se unirá cada pieza como si fuera un puzzle que se va armando poco a poco y tendrá el fin de ordenar los sucesos importantes de su vida.

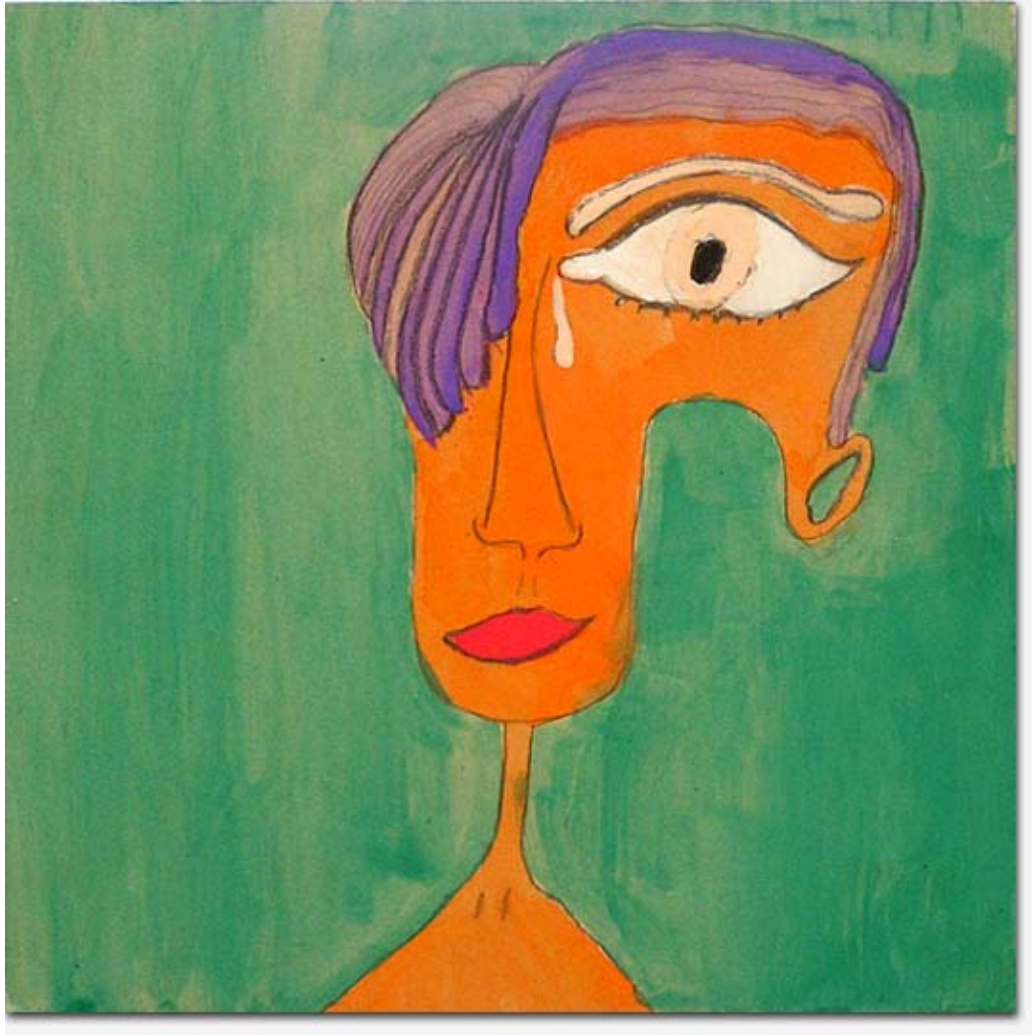
El trabajo consiste en trabajar plásticamente los momentos más significativos de su vida. Los trabajos realizados se harán sobre tablas de 20 x 20 centímetros asemejando así a las piezas de un puzzle que calzan entre sí.

Se inicia el trabajo con una visualización guiada del momento significativo más próximo al día de hoy. Ella recuerda el momento antes de enfermarse cuando se iba a casar y no lo hizo. La insto a que visualice ese momento como una imagen y que la recuerde para luego plasmarla en la tablita.

La escena que aparece es impactante...La imagen nos permite indagar en el momento exacto en el que sucede la escena, 4 años atrás. Pero también nos permite ahondar en la situación actual de Myrna, en sus sensaciones hoy y que son proyectadas en este trabajo. El trabajo es para mi (a propósito de la conversación con la paciente) el hito que diferencia a Myrna en el antes y el después de la enfermedad, habla del límite, de la distinción entre un antes y un después (muerte).

Hasta este trabajo ha costado ir profundizando temas con Myrna, pues cuando se le pregunta algo que ella no quiere contestar simplemente calla o cambia de tema.

Sin embargo, este es el trabajo que permite profundizar con Myrna en lo que pasa en su interior, lo hacemos a través de la proyección. Entonces ella habla de lo que le ocurre al personaje de su obra



“Lo que más me llama la atención son sus ojos. Sus ojos tienen pena, pena de muchas cosas. ¿En qué piensa ella?, piensa que se le va la vida, por eso tiene pena. Lo que más me gusta son sus labios rojos...todavía les queda algo de alegría”

A este trabajo lo llamaría PENSAMIENTOS

ii. El puzzle de la vida: Escena 2 (séptima a décima sesión)

Al iniciar el trabajo de la séptima sesión hacemos un nuevo ejercicio de visualización de sus momentos más significativos. Intento guiar a Myrna para que logre ver un segundo momento significativo en su vida y ella visualiza la relación que tiene con su madre. Decide plasmar este momento en una de las tablitas.



La siguiente escena de este puzzle representa el vínculo que Myrna tiene con su madre. Es un vínculo que a simple vista se puede observar como sólido y de gran dependencia mutua, pues ella es hija única de padres separados y con un padre ausente hasta la adultez.

Parte dibujando a su madre con sus brazos tras la espalda, luego se dibuja a ella con el brazo doblado en gesto de acercamiento a su madre. Entonces repara en que su mamá tiene los brazos en la espalda y lo corrige. Ahora aparecen ambas tomadas de la mano.

A la semana siguiente Myrna siente que tiene que cambiar cosas en su trabajo, *“Necesito cambiarme la ropa porque parezco niño y me gusta más verme con falda”*.

Hablamos de la escena y ella dice que *“aquí yo tengo 10 o 13 años y mi mamá unos treinta y tantos”*, ha representado aquí el vínculo con su madre pues la relación con su padre ha sido fría al igual que con el resto de la familia. *“Mi papá me ha hecho falta, pero mi mamá ha cumplido ese rol. Nuestra relación es unida, de amigas”*.

Hace un par de sesiones, Myrna está levantada cuando llego a su casa, luce ropa de calle y está arreglada, a diferencia de las primeras veces que nos encontramos pues ella usaba pijama. Dice que se siente mejor ahora a pesar de que se cansa mucho y se siente bastante ahogada.

La novena sesión parte con una evaluación de su trabajo hasta ahora, la insto a que investigue con los materiales que le llevo, que los ocupe con confianza, que los mezcle y pruebe qué resulta de todos ellos. Hasta ahora siente que su trabajo está avanzando pero que aún le faltan muchas cosas...

Desde el punto de vista terapéutico siento que este trabajo en particular ha sido bien regresivo, no solo porque la escena representa un tiempo de infancia para Myrna, sino porque además sus actitudes han sido bastante regresivas. Hace “pucheros” cuando se le avisa que faltan diez minutos para terminar el trabajo o bien se “vuelve muda” cuando no quiere contestar a alguna pregunta o cuando no quiere seguir ahondando en algún tema.

En esta sesión el trabajo está centrado en construir un fondo para la escena, Myrna se esmera por pintar el fondo de la imagen con témpera, sin embargo ella se siente complicada pues el color de fondo ha ensuciado partes de la imagen principal. Ella intenta mantener los bordes de las figuras intactos, sin embargo una y otra vez parece mancharlos sin conseguir un límite pulcro. Para ello hará los esfuerzos necesarios para conseguir mantener los límites limpios entre el fondo y las figuras de las mujeres.



“A este trabajo lo llamaría TERNURA. Lo que más me gusta de la escena es la mamá, me gusta el chaleco, me gusta ella, su pelo, todo. Su personalidad es fuerte, me gusta que puede sobrellevar los problemas.

De la niña no me gusta su ropa, me habría gustado vestirla con jeans. Me gusta que ella es calmada, otras veces eso no me gusta.”

3.4.4. Simbolización: *Interpretar, enfrentar y acompañar la muerte.*

“Del latín *ymbōlum*, y éste del griego σύμβολον, el símbolo es la forma de exteriorizar un pensamiento o idea más o menos abstracta, así como el signo o medio de expresión al que se atribuye un significado convencional y en cuya génesis se encuentra la semejanza, real o imaginada, con lo significado”.³⁷

Jean-Pierre Klein nos dirá que el arteterapia es una simbolización acompañada. “Arteterapia supone un trayecto simbólico de creaciones sucesivas, en el que se trabaja sobre sí mismo sin decir yo”. Este ejercicio de traer a lo material lo inmaterial que sucede en nuestro interior es el acto de simbolización ocurrido en la terapia de arte.

“Se describe el proceso en arteterapia como un viaje desde territorios propios conocidos a otros nuevos. Es un viaje de creación en un contexto de seguridad y un espacio de intimidad compartida con el arteterapeuta, donde se va hacia lo desconocido de uno mismo, uniendo razón, emoción e intimidad”³⁸

Si bien el proceso de simbolización es arte terapia, he querido detenerme específicamente en ese proceso en esta décima sesión por ser la última, la más simbólica e intensa de todas las sesiones.

i. Última sesión (décima sesión)



Myrna está en pie, hoy se ve bastante más cansada que de costumbre, su rostro está serio, sus ojos apagados y con ojeras. No habla cuando se le habla.

Su madre la está acomodando en la mesa de trabajo cuando yo llego, la saludo y ella no me mira.

La sra. Marta me explica que Myrna está enojada

³⁷ RAE, Diccionario de la Real Academia Española, online en <http://www.rae.es>

³⁸ Coll Espinosa, Francisco, Un viaje por arte terapia, pág. 41, Revista Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, vol. 01, 2006

con ella porque la retó. *“Es que yo soy enojona y la reto cuando yo estoy ocupada haciendo algo y ella me llama a cada rato”*.

a) Una vez ubicada en la mesa de trabajo le digo a Myrna que no se enoje, que si prefiere podemos trabajar eso para que se le pase y disfrute de la sesión de hoy. Entonces Myrna toma del brazo a su mamá que va caminando al lado de ella y la abraza. Su mamá la abraza también y Myrna le señala el trabajo que está sobre la mesa, *“esta eres tú y esta soy yo”*. La mamá observa el trabajo y dice: *“tu estás vestida de santo y yo de diablo”*, Myrna sonríe y asiente.

Ambas miran el trabajo y la sra. Marta explica: *“La mano que tengo oculta está escondida porque está castigada por pegarle a la Myrna”* lo dice en un tono irónico refiriéndose a la pelea que han tenido hace un rato.

Myrna sonríe y su madre nos deja solas para empezar el trabajo.

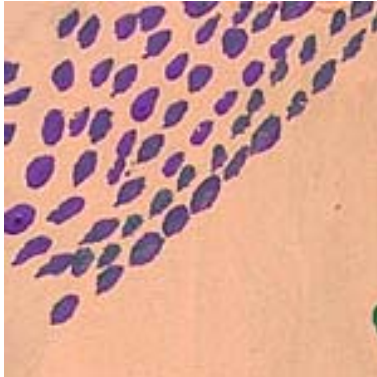


- Es primera vez que la sra. Marta se une a una sesión de trabajo y en esta sesión la obra se ha transformado en un objeto mediador entre la madre y la hija y ha permitido resolver el conflicto que había entre ellas antes de comenzar el trabajo con Myrna.

Myrna me dice que no se siente bien, que está muy cansada y eso es bastante notorio. Sus apneas son cada vez mas seguidas y su dificultad respiratoria es evidente.

b) Partimos el trabajo revisando aquello que le gustaría incluir en su obra. Myrna no elabora su respuesta, toma el pincel y la témpera y comienza a pintar puntitos sobre su cabeza y la de su madre.

Hace un tiempo, Myrna ha comenzado a tener “ausencias” que son como si empezara a quedarse dormida, sin embargo esta vez sus ausencias son de varios segundos y cada vez más seguidas. Es por eso que en reiteradas ocasiones y para evitar sus ausencias yo le insisto en preguntas, en que mire su trabajo o que me hable de su semana.



Le pregunto a Myrna qué es lo que dibuja y ella responde “*hojitas*”. Ella pinta hojitas y luego se detiene y tras unos segundos retoma su trabajo. Las dibuja en cuatro colores distintos, morado, verde, café y amarillo, cada color está ubicado en cada esquina de la imagen.

“hoy hice hojitas, están sueltas como en otoño. El trabajo muestra libertad para hacer lo que queramos...mi mamá quiere correr por entre las hojas y yo quiero correr junto a ella”.

c) Insto a Myrna a que miremos el trabajo terminado. Ella dice que no le gusta el color de su pantalón, que quería un jeans. Pero siente que el trabajo está terminado. Después de un rato de observación toma su trabajo y dice que aún le falta algo.



Limpia las partes manchadas, luego busca la ténpera morada y se dibuja zapatos (antes no los tenía). Entonces Myrna me dice que su trabajo está terminado.

Siento esta última intervención de Myrna como una sesión de cierre, no se muy bien a qué se refiere, pero lo interpreto como un “estar parada”, “estar lista para algo, para salir”.

Terminamos la sesión hablando de sus ganas de ir en estos días a la playa. Me cuenta que su primo la invitó a Viña un par de días, están preparando todo para poder ir, el oxígeno, el alojamiento, etc. Ella ha dicho que quiere ir a ver el mar pues siempre le ha gustado mucho.

Hablamos también de la proximidad de cierre de la terapia y acordamos juntarnos a la semana siguiente luego de año nuevo. Ella se despide de mí como siempre, nos abrazamos y yo me voy.

A la semana siguiente voy a su casa como habíamos acordado, sin embargo no hay nadie. Intuyo que puede haber ido a la playa, sin embargo me llama la atención que no esté para la terapia y que no haya avisado previamente de su ausencia. Unos días después, logro ubicar a la señora Marta quien me cuenta que Myrna ha fallecido el día de año nuevo. Le expreso mi pena y le ofrezco mi ayuda en lo que necesite, le digo que los trabajos de su hija le serán devueltos a la brevedad y que yo estaré disponible para cuando ella me necesite como terapeuta.



“Ahora llamaría a mi trabajo LIBERTAD”

3.4.5. Se ha ido: *La muerte, la pérdida y la contratransferencia*

Lo más esperado y lo más inesperado se hicieron realidad, el fallecimiento de Myrna fue una realidad que definitivamente me superó. La pérdida del paciente con que haces la práctica profesional, es sin duda algo para lo que yo no estaba completamente preparada, y es que la literatura es una cosa y la realidad otra.

La pérdida de Myrna abrió en mí miles de cuestionamientos respecto de los resultados de la terapia, los reales beneficios de mi intervención y la preparación que yo tenía para realizarla. El duelo tras su partida fue vivido como cualquier otro duelo, la confusión trajo la calma y luego el orden que me permitió desarrollar esta monografía. El trabajo de arte que fui desarrollando como un modo de terapia sirvió para ir descargando poco a poco mis preocupaciones y sentimientos, fue como una auto arte terapia.

Como todo, creo que el tiempo hace mucho, pues permite ir decantando y viendo con mayor claridad lo sucedido, dejando de lado el juicio.

i. Sesión de cierre con su madre



Un mes y medio después de la partida de Myrna, me reúno con su madre en el mismo lugar donde realizamos todas las sesiones de arte terapia, su casa. El motivo que me lleva allá es poder entregarle a la señora Marta los trabajos de su hija y contarle un poco qué dice cada uno de ellos, con el fin de compartir el proceso terapéutico de la paciente.

La señora Marta me recibe muy cariñosa en su departamento, la decoración ha cambiado desde que no está Myrna aun cuando su presencia es muy fuerte en ese lugar.

Nos sentamos a conversar, si bien sigo ocupando el rol de terapeuta, es casi imposible dejar de lado lo que me sucede con este fin abrupto de la terapia y se lo manifiesto a la señora Marta.

La señora Marta siente la necesidad de contarme cómo fue el tiempo en que Myrna falleció... “El viernes fuimos al hospital porque Myrnita se sentía mal, le hicieron unos exámenes y nos dijeron que sus pulmones ya casi no existían. Me dieron morfina para darle el fin de semana en la casa”. Un día antes Myrna estaba extraña cuenta la sra. Marta, se levantó, almorzó como siempre pero andaba “en otra”, pasó un día entero sentada mirando la pared, no quiso ver tele ni escuchar música. Esa noche no quería ir a dormir, no tenía sueño y la señora Marta la obligó a acostarse. Al día siguiente simplemente no quiso abrir los ojos, su mamá le dio de comer y comió a desgano siempre con los ojos cerrados. Esa noche falleció.

La señora Marta me explica que falleció para año nuevo y que sus amigas llegaron “a pesar de la fiesta”, que el funeral fue lindo pues sus amigas hablaron, todo estuvo lleno de pétalos y cantaron la canción que a Myrna le gustaba. La señora Marta prende la radio y escuchamos en silencio la canción de Myrna.

Me dice que hace tiempo atrás cuando Myrna ya estuvo muy enferma, entre ambas decidieron regalar la ropa que ella tenía y que ya no ocuparía más, que lo único que conservaron fueron unos zapatos que a Myrna le gustaban mucho. Me cuenta entonces que Myrna se fue con ropa prestada, pero con sus únicos zapatos. (Cosa que me parece muy simbólica, relacionada al último episodio de la última sesión)

Ella me dice que su dolor es tan grande que parece que se le salieran las vísceras por el vientre, que esto no se lo daría a nadie. Que le habría gustado tener a Myrna mucho más tiempo pero sana.

Ha decidido tomar ahora las riendas de su vida y no aceptar que la familia venga a darle instrucciones de cómo llevar su vida. Ha decidido también hacer su

testamento y dejar todo lo que tiene para el Instituto Nacional del Cáncer pues está agradecida de cómo trataron allí a su hija. Dice que está decepcionada de la familia, pues después de la muerte de Myrna solo han querido quedarse con cosas materiales de ella.

Me cuenta que a ratos se siente culpable, apenada, angustiada, con mucha rabia, pero también feliz y orgullosa de la hija que tuvo. La tranquilizo explicándole que es natural que se sienta así, que simplemente deje que los sentimientos vengan y que le de tiempo para decantar, pero que llore todo lo que sea necesario. Que no intente juzgarse desde la razón sino que desde el corazón. Y ella me explica que su corazón está tranquilo pues hizo por su hija lo mejor que pudo desde que ella nació.

Le explico entonces a la señora Marta que yo me sentí muy apenada con la partida de Myrna, pues la extraño mucho. Que a ratos me sentí confundida, sin saber si había hecho o dado lo mejor de mí en la terapia, si en realidad le había servido de algo a Myrna y si estaba preparada para enfrentar esto con mi primer paciente o no....pero las preguntas se contestaron solas, pues la señora Marta me explicó que a Myrna le gustaba mucho asistir a la terapia, que la sacaba de sus pensamientos de la enfermedad, que la relajaban y que no me preocupara pues su hija se había ido reconciliada con todo y todos.

Le digo que parece ser que compartimos esta confusión de sentimientos y le agradezco por haberme dejado trabajar con su hija, por haberme recibido en su casa y haberme dado el espacio a mi y a Myrna para la terapia.

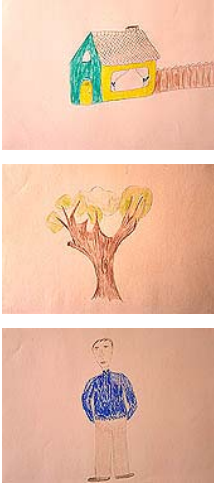



Finalmente le muestro a la señora Marta los trabajos de Myrna. Los ordeno en la mesa cronológicamente y voy hablándole de cada uno de ellos. Algunas veces le leo textual de mi bitácora lo que dijo Myrna, lo que yo pensé, lo que su hija sintió y de qué hablamos. A ratos la señora Marta vuelve a preguntar por algo y sonrío, otras veces se emociona o se sorprende por lo que dijo Myrna y otras tanta aporta datos y se rió como si estuviéramos hablando de su hija aún viva.






Fue un momento muy significativo para su madre y también para mí, creo que fue mágico, como si pudiéramos revivir a Myrna por unos instantes.


Al terminar de revisar los trabajos la señora Marta mira el último trabajo y besa a su hija. Me cuenta que ha decidido mandar a hacer copias de un par de fotos de su hija, de la época cuando ella estaba sana para regalárselas a sus amigas. Entonces me ofrece una. La dedicatoria dice “con mucho amor para Paulinita de Myrna y Marta”.

Nos agradecemos mutuamente la oportunidad de haber compartido este tiempo, le agradezco el gesto de la foto y nos abrazamos largamente para despedirnos.

3.4.6 Resumen de Sesiones

N°	duración	Trabajo/ materiales	objetivo	obra	Temas emergentes
1	90 min.	Dibujar la casa, el árbol y la persona. Se utilizan lápices de colores, pastel y plumones.	Trabajar el vínculo terapéutico y hacer un ejercicio diagnóstico		<ul style="list-style-type: none"> -cómo era antes de la enfermedad. -la ausencia de entorno en sus trabajos.
2	60 min.	Imaginería para tomar contacto con el cuerpo. Luego esas sensaciones plasmarlas en un trabajo plástico. Técnica mixta.	Tomar conciencia del cuerpo dañado, ir aceptando la deficiencia respiratoria y el cansancio.		<ul style="list-style-type: none"> - su cansancio y sensación de ahogo que la agotan para trabajar. - su gusto por realizar el trabajo.
3	80 min.	Continuación del trabajo anterior. Se inicia con una imaginería breve para retomar las sensaciones del cuerpo.	Tomar conciencia del cuerpo dañado, ir aceptando la deficiencia respiratoria y el cansancio.		<ul style="list-style-type: none"> - su sensación permanente de ahogo. - su relación de pareja finalizada antes de enfermarse. -los sueños que tiene y su deseo de vivir.
4	60 min.	Continuación del trabajo anterior. Se retoma contacto con los latidos del corazón y con la respiración.	Tomar conciencia del cuerpo dañado, específicamente de su deficiencia respiratoria, haciendo conciente el acto de ingreso del aire en los pulmones.		<ul style="list-style-type: none"> - su cansancio y ahogo. - su gusto por trabajar con materiales nuevos. - su deseo de trabajar con materiales solamente dentro de la terapia

5	100 min.	Evaluación emocional de los trabajos realizados.	Establecer el motivo de consulta y plantear la continuidad de la terapia. Se propone un nuevo trabajo, el "puzzle de la vida"		-lo que gusto o no de los trabajos hechos. -la sensación de puzzle que sugiere el último trabajo. - el miedo a la enfermedad y a la muerte.
6	60 min.	Continuación del trabajo iniciado la sesión anterior. Grafito y Témpera sobre madera. "El puzzle de la vida"	Rescatar los momentos más relevantes de su vida y que permitan ir viendo lo recorrido en ella. Realizar un ritual de despedida y reconciliación interna.		-su mejor ánimo luego de la última sesión. -cómo era ella antes de enfermarse, una mujer feliz. -sus relaciones de pareja. -la dinámica familiar para las fiestas de fin de año.
7	40 min.	Continuación y cierre del trabajo anterior. Grafito y Témpera sobre madera.	Rescatar los momentos más relevantes de su vida y que permitan ir viendo lo recorrido en ella. Realizar un ritual de despedida y reconciliación interna.		-la necesidad de establecer límites o bordes a su obra. - su sensación de que se le va la vida. -su tristeza por la enfermedad.
8	65 min.	Segunda escena de "El puzzle de la vida". Técnica mixta sobre madera. El ejercicio se inicia visualizando un momento importante de su vida.	Rescatar los momentos más relevantes de su vida y que permitan ir viendo lo recorrido en ella. Realizar un ritual de despedida y reconciliación interna.		-su decaimiento y cansancio -navidades significativas y el rito de armar el arbolito. -el vínculo estrecho con su madre y la ausencia de su padre.
9	70 min.	Continuación del trabajo anterior. Técnica mixta sobre madera.	Rescatar los momentos más relevantes de su vida. Realizar un ritual de despedida y reconciliación interna.		-su cansancio. -el límite de las figuras con el fondo. personalidades de los personajes.

10	70 min.	Continuación y cierre del trabajo anterior. Segunda escena de "El puzzle de la vida". Técnica mixta sobre madera.	Rescatar los momentos más relevantes de su vida y que permitan ir viendo lo recorrido en ella. Realizar un ritual de despedida y reconciliación interna.		<ul style="list-style-type: none"> -su enojo con su madre y la reconciliación. -su cansancio. -la libertad que le sugiere la escena.
11	120 min.	Sesión de cierre con la madre de Myrna luego de su repentino fallecimiento.	Entregarle a su madre los trabajos realizados en la terapia. Compartir con ella el proceso terapéutico y entregarle mi visión y sensaciones respecto del fallecimiento repentino de la paciente.	<ul style="list-style-type: none"> -los últimos momentos de Myrna. -mi contra transferencia. -los trabajos realizados por Myrna. 	

Capítulo 4

Conclusiones

El trabajo realizado durante estos dos meses de terapia individual ha sido sin duda alguna uno de los trabajos más valiosos que he realizado, también el más complejo y duro de abordar, no ha sido fácil tener calma y claridad para enfrentar la partida de la paciente, sin embargo el tiempo para dejar que las emociones decanten ha sido el más sabio.

Este proceso terapéutico ha sido particular desde diversos ámbitos y por lo mismo ha servido para que la terapia se plantee desde una perspectiva más flexible, donde los objetivos primordiales no son profundizar y superar temas específicos, sino más bien, a través del trabajo plástico ser una compañera de vida, una escuchadora atenta a las necesidades de la paciente, una testigo vivencial de los procesos de la paciente, que la acoge emocionalmente con cariño y dedicación a partir de sus necesidades.

Si bien los objetivos de la terapia se cumplieron, la necesidad de flexibilizarlos se fue dando a lo largo del tiempo y según los requerimientos de la paciente. Creo que la gran enseñanza de este trabajo es principalmente que la terapia debe tener la capacidad de flexibilizarse de acuerdo al desarrollo de la enfermedad en un paciente terminal. Del mismo modo, entender que el terapeuta es un testigo vivencial del proceso de agonía del paciente y que por lo tanto el valor del trabajo terapéutico no solo radica en la sesión con el paciente, sino que en ser el portador del registro de los trabajos que el paciente realizó es importantísimo. Pues es para la familia en duelo una manera de mantener viva la memoria de su ser querido fallecido y tal vez un punto de partida para la elaboración del duelo.

Por otro lado, esta experiencia permitió ver las reales necesidades de un paciente terminal, cuyas temáticas son totalmente distintas a un paciente enfermo pero no terminal (se podría hacer el paralelo con la terapia grupal con pacientes oncológicos). El verse enfrentado a la muerte cercana, al dolor de las personas cercanas, la invalidez que provoca la enfermedad, etc, hacen que el paciente requiera en la terapia más que un análisis detallado y profundo de sus conflictos, un espacio de contención emocional y de distracción de sus pensamientos

relacionados a su enfermedad y muerte. Debido a esta cercanía con la muerte y a la debilidad física experimentada a diario, se hace necesario plantear la terapia como un espacio de dedicación máxima para poder escuchar lo que el paciente pide, que en algunas ocasiones es ser escuchado, en otras ser acogido con cariño, o simplemente ser acompañado durante unas horas a la semana.

Se hace difícil hablar de las percepciones de la paciente con respecto a esta terapia, pues fue una terapia sin un cierre formal con la paciente, sin embargo me parece valioso mencionar la necesidad de ir evaluando sesión a sesión las sensaciones de los pacientes con respecto a la terapia, frases rescatadas de estas evaluaciones en este caso han sido “me gusta que vengas y trabajes conmigo” o “me gusta la terapia porque pienso en otra cosa” son fundamentales para establecer los vínculos terapéuticos en un breve plazo que es el caso del paciente terminal.

Esta terapia demostró también que los vínculos terapéuticos en esta circunstancia parecen ser intensos y un tanto diferentes a otras experiencias, quizás la intensidad recae en tener que relacionarse sabiendo en que se hace a contra reloj.

Siento que ha sido un trabajo intenso, enriquecedor, pero también desgastador pues me parece que es sumamente difícil estar preparado para la muerte de un paciente. Si bien es un hecho predecible, pues es un paciente terminal, nunca es predecible cuando ocurrirá su muerte. Ser consciente de eso es complejo, sin embargo creo que la mejor manera de abordarlo es cambiando la mirada y sabiendo que lo que se ha trabajado ese día ha sido lo mejor que ha podido ser, que el acompañar y acoger de manera quizás maternal (en el sentido de cuidar, acompañar, guiar, etc) para el paciente es un gran aporte, tanto como podría ser en otra etapa de su vida el análisis de sus conflictos.

Finalmente el haberme planteado la terapia como un rito siento que le dio el valor de establecer un buen lazo terapéutico de complicidad con la paciente, provocó pertenencia al espacio de trabajo y al momento de la terapia e hizo que la terapia se convirtiera en un ordenador de ideas y emociones capaz de trascender a la mera practicidad del trabajo artístico, pues eso es un ritual.

En este sentido creo que el Arte terapia se puede convertir en una buena terapia de apoyo emocional no solo para los pacientes oncológicos terminales, sino que para la familia y las personas más cercanas a ellos. Pues el arte terapia permite no solo contener emocionalmente al paciente, sino que ser una buena herramienta para ordenarse internamente y estar preparados tanto para enfrentar la enfermedad como para mejorar su calidad de vida en el proceso terminal.

Referencias Bibliográficas

Araya Claudia, Correa Valeria, Sánchez Soledad.

La expresión plástica: Potencialidades y aplicaciones como herramienta psicoterapéutica. Tesis (psicología)

Santiago, Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Ciencias Sociales,
Escuela de Psicología, 1990

Arteterapia

Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social,

Revista Vol. 01, 2006, Servicio de publicaciones Universidad Complutense, Madrid, España

Dalley, Tessa

El Arte como Terapia, Editorial Herder,

Barcelona, España, 1987

De la Llera Suárez, Elina; Guibert Reyes, Wilfredo

Las terapias con recursos artísticos. Su utilidad en la Atención Primaria de Salud,
Revista Cubana de Medicina General Integrada, 200; 16(3): p. 295-304

Ebert Grob, Leonor

Cómo aprendí a vivir después de sanar de cáncer, Editorial Planeta Chilena S.A.,
Santiago de Chile, 2003

Grupo de Estudios de Ética Clínica, De la Sociedad Médica de Santiago.

El Enfermo Terminal, Rev. Méd. Chile, mayo 2000, vol. 128, n.5, p. 547-552
ISSN 0034-9887

Hay, Louise

Usted puede sanar su vida, Emecé Editores S.A.,

Buenos Aires, Argentina, 1991

Ibacache, Pamela

Arte Terapia en niños con cáncer y depresión, Proyecto final para optar al
Postítulo de Especialización en Terapias de Arte mención Arte Terapia,
Escuela de Posgrado, Facultad de Arte, Universidad de Chile, 2004, 14-16.

Imber-Black Evan, Roberts Janine, Whiting Richard

Rituales terapéuticos y ritos en la familia, Ed. Gedisa

Barcelona, 1991

Jodorowsky, Alejandro

Psicomagia, Ed. Grijalbo

Chile, 2005

Kübler-Ross, Elisabeth

Lecciones de Vida, Javier Vergara Editor,

Argentina, 2002

Kübler-Ross, Elisabeth

Sobre la muerte y los moribundos, Editorial Grijalbo
Barcelona, España, 1993

Paín Sara, Jarreau Gladis

Una psicoterapia por el arte: Teoría y Técnica, Ediciones Nueva Visión
Buenos Aires, Argentina, 1995

Touson, Salomón

El Dibujo en la Terapia,
Buenos Aires, Argentina, 2002

En Internet

Arte-terapia y Cáncer en Cuidados Paliativos

Nadia Collette

http://www.vallericote.net/documentos/publicaciones/revista_at08_nadiacollette.pdf

Arte-terapia en el tratamiento del cáncer de mama

Pilar Ma. Domínguez, Juan David Tutosaus

http://www.vallericote.net/documentos/publicaciones/revista_at07_pilardom.pdf

Definición de duelo,

www.vivirlaperdida.com/queselduelo.htm

Enfermedad terminal y psicología de la salud

<http://www.monografías.com/trabajos30/enfermedad-terminal-psicologia-salud/enfermedad-terminal-psicologia-salud.shtml>

Información Básica de Cáncer, Ministerio de Salud Chile

www.minsal.cl

Instituto Nacional del Cáncer,

www.incancer.cl

National Cancer Institute

<http://www.cancer.gov/>

Ponencias: II Jornadas sobre el amor y la muerte

Sociedad Española de Tanatología

<http://www.jam2005.org/IIJAM.htm>

Psicooncología en el siglo XXI

Ps. Jennifer Middleton

<http://www.persona.cl/actpsi.html>

Psicooncología y cuidados paliativos

Dra. Laura Aresca/ Lic. Clara Luszczanowsky

<http://www.redsistemica.com.ar/aresca.htm>

Repercusión psicológica de la enfermedad en el paciente oncológico, adaptación e intervención

Ps. Carmen Alonso Fernández

<http://www.psiquiatria.com/articulos/tratamientos/24619>

Sobre cuidados paliativos y paciente terminal

<http://www.gador.com.ar/iyd/onco/cpaliativos.htm>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

Sociedad Española de Oncología Médica

<http://www.seom.org/>

Tanatología, De los cuidados paliativos al ars moris, un abordaje psico-espiritual

Lic. Germán H. Pastorini

<http://www.monografias.com/trabajos15/tanatologia/tanatologia.shtml>

Anexos: Fichas de sesiones

Sesión Número 1

30 de Octubre de 2006

Duración: 90 min

Objetivo de la sesión: Generar el primer vínculo, establecer el setting y hacer un breve diagnóstico

Trabajo propuesto: Hacer tres imágenes: árbol, casa y persona (HTP) con material libre



1



2



3

Construcción de la imagen:

La paciente parte por la persona, se demora un poco en comenzar a trabajar. Usa la hoja de manera horizontal, comenzando el dibujo por los ojos, continúa con el rostro, el cuello y el cuerpo. El trazo es siempre corto hasta formar la línea definitiva (línea peluda). Pide ocupar la goma de borrar y la utiliza en las manos que finalmente van detrás del cuerpo.

Dibuja y luego pinta la imagen, lo hace en el mismo orden en el que ha dibujado. Continúa con el dibujo de la casa, parte desde el techo y la chimenea para continuar con los muros y la gran ventana. Hace la reja a mano derecha, la puerta y la ventana superior. Dibuja y luego pinta el trabajo.

Finalmente dibuja el árbol, esta vez parte desde el tronco, continúa con las ramas del lado izquierdo y luego las del lado derecho para terminar con el follaje. Se detiene para observar el trabajo y hace el nudo del tronco. Dibuja y luego pinta el dibujo en el mismo orden.

Relato verbal de la imagen:

Persona: Él es un ingeniero de 37 años, se llama Alfonso. Él está ahí esperándome para ir a la playa. Pienso que me gustaría que me viniera a ver. Es el mes de Septiembre. Él piensa que me quiere y me extraña. Lo que no me gusta de él es que es egoísta e individualista.

Casa: Está ubicada en el Sur pero no sé exactamente dónde, está a orilla de la playa. Es mía, la ocupo para veranear con mi mamá y mis amigas. Nos reímos y jugamos ahí. Yo escogí los colores de la casa y la pinté, la reja es para separarla del sitio de al lado. En el patio de atrás hay un bosque y hay un cuidador que está ahí cuando yo no estoy. Mi dormitorio tiene vista al mar y es el mes de Septiembre.

Árbol: No sé qué árbol es, pero no da ni flores ni frutos, está ubicado en el patio de atrás de mi casa y es inmenso. Me gusta porque es grande y frondoso, su tronco es grueso. Da sombra y yo me siento debajo de él y disfruto el fresquito. En él hay pajaritos, pues es Septiembre.

Contratransferencia:

Me llama la atención su árbol con la rama cortada en el mismo lado en el que le empezó el cáncer.

Cuando realiza el dibujo de la persona me parece curioso que dibuje a un hombre en vez de proyectarse en una mujer. Siento que eso puede tener que ver con el no haber conformado una pareja estable.

Sesión Número 2

06 de Noviembre de 2006

Duración: 60 min

Objetivo de la sesión: Tomar conciencia del cuerpo dañado e ir aceptando la deficiencia respiratoria y el cansancio.

Trabajo propuesto: Imaginería para ir tomando contacto con el cuerpo, con las partes de él que quiero disfrutar y cuáles son las menos placenteras, se van descubriendo sensaciones y paisajes. Luego esas sensaciones y paisajes se plasman en el trabajo plástico.



Construcción de la imagen:

Comienza a dibujar por el borde superior izquierdo, continúa en forma horizontal y termina con los grandes árboles verticales. Luego de dibujar dedicadamente, comienza a pintar el dibujo mezclando pastel graso y lápiz de color.

Relato verbal de la imagen:

Ella habla de su sensación de cansancio y ahogo que la mantienen permanentemente preocupada. Y que en esta sesión le provocan falta de ganas para poder trabajar.

“Me gustó cuando viniste la semana pasada y trabajamos, pero ahora me cuesta porque estoy agotada”

Contratransferencia:

Siento que el desarrollo de las próximas sesiones debe ser prescindiendo de la elaboración verbal, dando énfasis a la potencia de la imagen, pues a ella le cuesta mucho hablar por su cansancio.

Me cuesta mucho abordar en la imaginería el tema de la respiración, pues entiendo que para ella eso genera la angustia de no poder respirar. Es por eso que decido abordar esta toma de contacto desde los latidos del corazón, que en estos momentos es un indicador de vida. Siento que eso le hizo a la paciente enfocar su atención más en sus fortalezas que en sus debilidades corporales.

Sesión Número 3

13 de Noviembre de 2006

Duración: 80 min

Objetivo de la sesión: Continuar el trabajo anterior.

Trabajo propuesto: Una breve imaginación para retomar el trabajo de la sesión pasada, volver a recordar las sensaciones del cuerpo y contrastarlas o complementarlas con nuevas sensaciones.



Construcción de la imagen:

Luego de revisar los materiales ofrecidos, la paciente decide ocupar papel adhesivo para construir el agua. Continúa buscando materiales para poder construir los árboles verticales, al no encontrar papel adhesivo que le sirva, decide ocupar goma eva. Para ello marca primero la goma eva con lápiz grafito y luego recorta y pega.

Relato verbal de la imagen:

Ella habla de su sensación de cansancio y ahogo que la mantienen permanentemente preocupada.

Manifiesta que su cuerpo tiene otras sensaciones esta semana, pero que a pesar de ello va a conservar la imagen.

“Los árboles a cada lado del dibujo salen de mis muslos y se abren hacia el vientre. El río va por la pierna izquierda, en realidad por ambas piernas. Las piernas también tienen los árboles de arriba, los brazos y el cuerpo también.”

Temas emergentes:

A partir de las fotografías de ella en la casa hablamos que en esas fotos aparece sana. Cuenta que desde ese tiempo que no tiene pareja, pues eligió no casarse con el pololo de ese entonces. No está arrepentida de ello pues siente que fue la decisión adecuada.

A raíz de esto surge el tema de los sueños que tenemos en la vida, y de que su sueño hoy es poder vivir

Contratransferencia:

Me cuesta actuar con tranquilidad frente a los ahogos y “ausencias” de Myrna durante la terapia, es por eso, y para calmar mi ansiedad es que cuando eso ocurre yo la insto a que me hable de su trabajo o me cuente algo de lo que está haciendo. Esta es una forma de que vuelva a poner la atención en la terapia.

Sin duda, siento que el tema de los sueños y de la certeza de la paciente de su plazo acotado de vida es algo que yo pensaba que tenía resuelto, sin embargo reabre episodios en mí de cuestionamiento y búsqueda interior.

Sesión Número 4

20 de Noviembre de 2006

Duración: 60 min

Objetivo de la sesión: Continuar el trabajo anterior.

Trabajo propuesto: Una breve imaginación para retomar el trabajo de la sesión pasada, volver a recordar las sensaciones del cuerpo y contrastarlas o complementarlas con nuevas sensaciones.



Resumen de la imaginación: “Le pido que se conecte con su respiración y los latidos de su corazón. Le pido que visualice una luz, que cada vez que respire sienta que esa luz inunda todo su cuerpo, especialmente los pulmones. Le pedimos a la luz que se mantenga dentro de su cuerpo durante esta semana y le agradecemos por esa posibilidad.”

Construcción de la imagen:

Luego de revisar los materiales, decide utilizar la goma eva verde para hacer el follaje de los árboles grandes. Una vez que termina los árboles, toma los lápices de color y dibuja el sol en el extremo derecho de la hoja, luego pinta el cielo.

Relato verbal de la imagen:

“El trabajo me sugiere frescura, libertad, agua.”

“Faltaba el cielo y ahora encuentro que todo quedó mucho mejor”.

Temas emergentes:

La paciente dice que le gusta trabajar sólo cuando estoy yo, por eso no realiza trabajos entre una sesión y otra. Entonces acordamos juntarnos 2 veces por semana. (lunes y sábado)

Contratransferencia:

La opinión de la paciente de sólo trabajar conmigo me hace sentir muy responsable, creo que es necesario de trabajar esa dependencia. Por eso acordamos juntarnos dos veces a la semana, pienso que de ese modo ella puede notar sus logros y romper en algún grado esta dependencia.

Sesión Número 5

25 de Noviembre de 2006

Duración: 100 min

Objetivo de la sesión: Definir el motivo de consulta a partir de la evaluación de los trabajos realizados hasta ahora y de sus emergentes.

Trabajo propuesto: Revisar los trabajos realizados hasta ahora, hacer correcciones o arreglos a los mismos en la medida que fuese necesario.



Temas emergentes:

- De los trabajos realizados, los que menos me gustan son la persona y la casa, parecen de niña chica. El árbol y el último siento que me representan más.
- Con respecto al último trabajo: hay elementos que se están relacionando y otros no. Los que se relacionan lo hacen sólo porque están cerca. El río no me gusta, cuando pienso en uno veo libertad, frescura y movimiento y al mío le falta movimiento.
- "Tengo miedo de mi enfermedad, tengo miedo a morirme". "Pienso todo el tiempo en eso"
- "El último trabajo se integró cuando le hice el cielo, antes parecía un rompecabezas"

Motivo de Consulta:

Sus pensamientos reiterativos en el tema de la muerte y su deterioro físico.

**se inicia el siguiente trabajo llamado "El puzzle de la vida", descrito en la siguiente sesión.*

Sesión Número 6

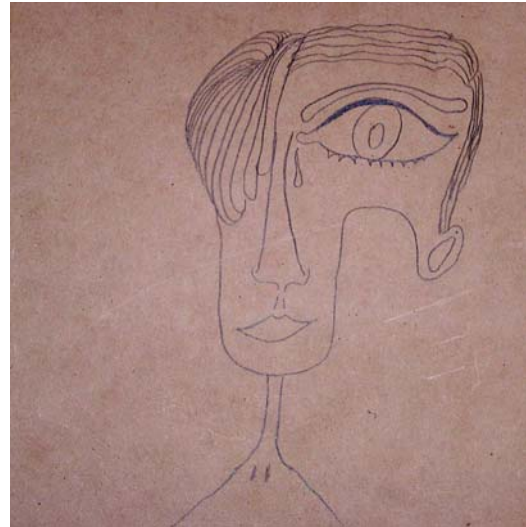
27 de Noviembre de 2006

Duración: 60 min

Objetivo de la sesión: Rescatar los momentos más significativos de su vida, ir haciendo el ritual de reconciliación y despedida de estos momentos.

Trabajo propuesto: Relajarse y recordar un momento que haya sido importante en la vida y que recuerde con mucha nitidez. Una vez recordado el momento, plasmarlo de la manera que se quiera en las tablitas que hay dispuestas para ello.

Le propongo este trabajo a partir de su sensación de desarticulación del trabajo anterior. Es por ello que aprovecharemos las tablitas para ir representando escenas individuales que al calzar como un rompecabezas generarán un todo.



Construcción de la imagen:

Con delicadeza toma el lápiz grafito y dibuja con trazo seguro la figura en la tabla. Luego toma la témpera (que no ha usado nunca) y comienza a pintar, primero la figura y luego el fondo del trabajo.

Relato verbal de la imagen:

“La imagen representa los trabajos de arte que yo hacía como a los 35 o 37 años, antes de enfermarme. Los hacía con pastel graso sobre cartulina”.

Contratransferencia:

Siento que es un trabajo que habla mucho de su tristeza actual. Marca un hito entre el momento en que se enferma y antes de eso.

Me impacta mucho este trabajo por la fuerza simbólica que tiene.

Sesión Número 7

04 de Diciembre de 2006

Duración: 40 min

Objetivo de la sesión: Rescatar los momentos más significativos de su vida, ir haciendo el ritual de reconciliación y despedida de estos momentos.



Trabajo propuesto: Continuar el trabajo comenzado la sesión antepasada.

Construcción de la imagen:

Después de mirar la imagen pintada la sesión anterior, la paciente se da cuenta que quiere repasar los bordes de la imagen con el fondo y delinear los labios y ojo de su imagen. Lo hace con lápiz grafito.

Relato verbal de la imagen:

-“Lo que más me llama la atención de la imagen son sus ojos. Sus ojos tienen pena, pena de muchas cosas”.

-En qué piensa la mujer de la imagen? “Piensa que se le va la vida, por eso tiene pena”.

-“Lo que más me gusta son sus labios rojos, todavía les queda algo de alegría”.

Título de la imagen: Pensamientos

Contratransferencia:

El conversar de este trabajo me conmueve mucho, el primer tema de retocar los bordes me habla de los límites y me hace cuestionarme mucho el tema del límite en la terapia con un paciente terminal.

Por otro lado siento que su miedo a morir es lo principal de trabajar en arte, es poder simbolizar y dejar plasmada esta angustia y confusión de la muerte cercana... para mi ha sido una sesión bastante agotadora....

Sesión Número 8

11 de Diciembre de 2006

Duración: 65 min

Objetivo de la sesión: Rescatar los momentos más significativos de su vida, ir haciendo el ritual de reconciliación y despedida de estos momentos.

Trabajo propuesto: Una vez terminada la escena anterior se le pide a la paciente que visualice otro momento significativo de su vida y que sienta que es necesario plasmar en este trabajo. Luego de visualizar ese momento se le pide que lo plasme en la siguiente tablita.



Construcción de la imagen:

Empieza por dibujar con lápiz grafito a su mamá, la dibuja con los brazos tras la espalda, luego se dibuja a ella con el brazo derecho doblado, entonces repara en que su mamá tiene los brazos tras la espalda y lo corrige, ahora ambas están tomadas de la mano.

Relato verbal de la imagen:

-“Mi trabajo no está completo, le falta mucho. Necesito cambiar cosas, cambiarme la ropa porque parezco niño y me gusta más verme con falda.”

-“En la escena yo tengo 10 o 13 y mi mamá unos treinta y tantos”. “A mi papá lo conocí recién hace como 2 o 3 años atrás cuando me enfermé y tuve que preguntar si había antecedentes de cáncer en la familia”.

-“Mi papá me ha hecho falta, pero mi mamá ha cumplido ese rol. Nuestra relación es unida, de amigas”.

Observaciones:

Cuando llego a la sesión, Myrna está arreglada, con el pelo tomado y ropa de calle. Se le ve mejor de ánimo a pesar de que dice sentirse decaída y cansada.

Myrna me comenta que va a ser difícil volver a juntarnos un día sábado, pues para su madre es complicado que yo vaya. Pienso que hay que ver la posibilidad de incluir a la madre en las sesiones para que no presente resistencia al trabajo terapéutico.

Sesión Número 9

18 de Diciembre de 2006

Duración: 70 min

Objetivo de la sesión: Rescatar los momentos más significativos de su vida, ir haciendo el ritual de reconciliación y despedida de estos momentos.



Trabajo propuesto: Continuar con el trabajo de la sesión anterior.

Construcción de la imagen:

Con goma eva viste a los personajes de la escena, primero marca el contorno y luego recorta y pega la goma eva. Luego de terminar de vestir a los personajes decide pintar el fondo de la imagen con témpera. Escoge un pincel grueso para pintar, luego lo cambia por uno más delgado. Ella parece complicada por mantener intactos los bordes de las figuras, aun así insiste en pasar el pincel con témpera una y otra vez por la goma eva manchada. Mancha los bordes de la goma eva y luego limpia con agua y papel. Hace eso hasta terminar todo el fondo.

Título de la imagen: Ternura

Relato verbal de la imagen:

- “No me gusta pintar con témpera aquí, la escogí porque pensé que iba a resultar como el otro trabajo, pero se me ha corrido mucho”.
- “La ropa de ella (la paciente) se destaca más, le puse cinturón y ahora quedó de color más fuerte”.
- “La escena es en primavera. Corre viento”.
- “No me gusta el fondo, debería haber sido de un color mas fuerte, como lila. Ahora voy a trabajar en los detalles de la escena”.

Observaciones:

-Cuando llego a la sesión, Myrna está levantada, luce ropa de calle y me está esperando sentada a la mesa. Me cuenta que ha estado bien a pesar de que se cansa mucho, y que quizás eso se deba al calor.

-Al mencionarle a Myrna que la sesión terminará en 10 minutos más, ella hace “pucheros” como una niña chica. Le pregunto por qué hace eso y no responde, le insisto si cree que la sesión es muy corta y asiente. Esto me hace volver a la idea de “dependencia” que mostraba Myrna al principio de la terapia.

Sesión Número 10

27 de Diciembre de 2006

Duración: 70 min

Objetivo de la sesión: Rescatar los momentos más significativos de su vida, ir haciendo el ritual de reconciliación y despedida de estos momentos.

Trabajo propuesto: Continuar con el trabajo de la sesión anterior.



Construcción de la imagen:

Parte trabajando con témpera, va tomando color con el pincel y va haciendo pequeños puntos sobre el fondo del trabajo. Parte por el borde superior derecho, luego el izquierdo y termina en la parte inferior del trabajo.

Título de la imagen: Libertad

Relato verbal de la imagen:

- “Hoy hice hojitas. Están sueltas como en otoño...”
- “Siento libertad para hacer lo que queramos. Mi mamá quiere correr por entre las hojas y yo quiero correr junto a ella...”
- “No me gusta de mi trabajo el pantalón, quería haber tenido puesto un jeans”.

Observaciones:

- Myrna está en pie cuando llego a su casa. Hoy se ve un poco más cansada que de costumbre, su rostro está serio y no responde cuando le hablo. Su madre me explica que está enojada con ella porque la retó. “Es que yo soy enojona y la reto cuando yo estoy haciendo algo, porque ella me llama a cada rato”- dice su madre. Entonces su madre la acomoda para trabajar en la mesa. Le digo a Myrna que no se enoje, que hoy vamos a trabajar y reparto los materiales en la mesa junto con los trabajos realizados hasta ahora. Myrna toma del brazo a su madre que va saliendo del comedor, la abraza y le muestra su último trabajo, “esta eres tú y esta soy yo”-dice Myrna. “Tú estas vestida de santo y yo de diablo”- dice su madre. Myrna sonríe y asiente. La mamá explica que la mano que tiene oculta (en el trabajo) está castigada por pegarle a la Myrna, lo dice en un tono irónico refiriéndose a la pelea que han tenido hace un rato. Ambas se ríen y parte el trabajo. La paciente dice que se siente cansada, que no está bien. Se nota porque le cuesta hablar y se ve débil físicamente. Parte pintando puntitos con témpera a los que ella llama “hojitas”. Ella pinta hojitas

y se detiene, luego vuelve a pintar hojitas. Hoy sus “ausencias” (que son como si se empezara a quedar dormida) y sus apneas son cada vez mas seguidas y prolongadas.

Una vez terminado el trabajo hablamos de él, Myrna dice que el trabajo tiene todo, sin embargo luego de unos segundos observando el trabajo decide tomarlo nuevamente. Limpia las partes de goma eva manchadas por la témpera, luego busca entre las témperas la morada y se dibuja zapatos (que antes no tenía) y observa su trabajo. Dice que ahora s  está terminado.

Contratransferencia:

Hoy más que nunca me sent  ansiosa y un poco nerviosa por las ausencias de Myrna...tengo la sensación de que esta puede ser nuestra última sesión...

Sesión Número 11

17 de Febrero de 2007

Duración: 120 min

Objetivo de la sesión: Hacer una sesión de cierre con la madre de la paciente para poder entregarle los trabajos de su hija.



Observaciones:

- Intentando aceptar al máximo el tiempo de duelo de la sra. Marta y también el mío, se decidió esperar estos dos meses antes de poder tener la sesión de cierre.
- Esta sesión está explicada con detalle en el capítulo "Se ha ido: La muerte, la pérdida y la contrstransferencia"(pág. 59). Fue una linda sesión donde tanto la madre de la paciente como yo compartimos nuestra experiencia, revisamos el recorrido de la terapia y "trajimos por unos instante a Myrna a la vida".