



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
Escuela de Postgrado
Postítulo de Especialización en Terapias de Arte:
Mención Arteterapia



Cáncer e Individuación
Arteterapia, Un Camino Para Ir Más Allá Del Cuerpo

Monografía para optar al título de Especialista en Terapias de Arte
Mención Arteterapia

Estudiante

Pamela Alejandra Oyarzún Ríos
Psicóloga Clínica Universidad de la Frontera

Profesora Guía
y Supervisora de Práctica

Bárbara Gaete Asenjo
Artista Visual Universidad de Artes, Ciencias y Comunicación
Arteterapeuta Universidad de Chile

Santiago de Chile
agosto 2016

RESUMEN

El trabajo que se muestra a continuación describe la experiencia de una intervención arteterapéutica realizada con una paciente con cáncer de mama en la Fundación Arturo López Pérez, institución especializada en la atención y tratamiento de pacientes oncológicos. Esta intervención se enmarca en la práctica para optar al título de Especialización en Terapias de Arte mención Arteterapia, realizada el segundo semestre de 2015.

Esta monografía propone una reflexión, desde la psicología, la psicooncología y el arteterapia acerca de los efectos psíquicos que el cáncer de mama genera en las mujeres diagnosticadas. Así como, el desafío inesperado e impuesto de la activación del proceso de individuación en respuesta a la enfermedad catastrófica. En este escenario, el arteterapia con pacientes oncológicos se presenta como un tratamiento, un lenguaje y un camino hacia efectos psíquicos positivos que poseen el potencial de favorecer la reconstrucción afectiva y la resignificación de la vida.

Palabras Clave: Cáncer - Individuación - Arteterapia

INDICE

Introducción.....	7
1. CAPÍTULO I. Marco Teórico.....	10
1.1. Aspectos de la población con la que se trabaja.....	10
1.1.1. Conceptos básicos de cáncer.....	10
Definición médica del Cáncer.....	10
Tipos de cáncer.....	11
Cáncer de mama.....	11
Definición y tipos de cáncer de mama.....	12
Factores de riesgo.....	12
1.1.2. Aspectos psicológicos y emocionales en pacientes con cáncer de mama.....	13
El cuerpo en el cáncer de mama.....	14
Cuerpo, sexualidad y cáncer de mama.....	16
El duelo como trabajo psíquico de elaboración, duelos del cuerpo y duelo oncológico.....	18
1.1.3. Individuación y cáncer.....	20
Proceso de individuación.....	21
El mito del Héroe.....	26
1.2. Arteterapia.....	27
1.2.1 Arte y Creatividad.....	27
Arte como mediador de la razón.....	27
Arte como medio de comunicación.....	27
El arte como juego.....	28
Arte como cura para el dolor.....	28

1.2.2 Arteterapia.....	29
Creación curación.....	30
Arteterapia y pacientes oncológicos.....	32
2. CAPÍTULO II. Descripción de la Práctica.....	34
2.1. Descripción del centro de práctica.....	34
2.2. Antecedentes del caso de estudio.....	35
2.2.1. Derivación de la paciente a arteterapia.....	35
2.2.2. Resumen de anamnesis.....	35
2.2.3. Genograma.....	37
2.3. Objetivos de intervención.....	38
2.4. Setting.....	38
2.5. Técnicas y enfoques utilizados.....	39
2.6. Estudio de Caso.....	41
2.6.1. Relato proceso arteterapéutico.....	41
Fase Inicial. “La Llamada”.....	42
Fase Intermedia. “La Percepción de la sombra”. El camino de las pruebas.....	46
Fase Final. “Integración e Individuación”. El regreso.....	57
2.6.2. Análisis y Discusión.....	64
Análisis de las creaciones plásticas.....	64
Observación de la relación terapéutica.....	65
Evaluación de los objetivos arteterapéuticos planteados.....	66
Mapa de las imágenes según trama asociativa.....	68
3. CAPÍTULO III. Conclusiones.....	71
3.1. Síntesis del trabajo realizado.....	71
3.1.1. Individuación en la enfermedad.....	72

3.1.2. El rol de arteterapeuta.....	73
3.2. Perspectivas y proyecciones de AT y Cáncer.....	74
3.3. Relación triangular en Arteterapia en el caso de estudio.....	75
Bibliografía.....	78

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad, en distintas culturas, la enfermedad y el sufrimiento eran considerados como una parte normal de la vida que forzaba a una reevaluación constructiva. La enfermedad era vista como inundando a la persona, cual río furioso, limpiando y sacando fuera los malos hábitos, las ilusiones hacia la vida, todo lo que era rutinario y limitante. Los curanderos o chamanes de estas tradiciones antiguas trabajaban compasivamente para ayudar a los pacientes a pasar por un viaje transformador durante el cual se adquiriría una nueva relación con la vida.

A medida que la medicina evolucionó a su forma moderna, las variables del alma y la personalidad fueron descartadas en favor de tratamientos puramente farmacológicos y quirúrgicos.

Los individuos que son enfrentados al trauma de una enfermedad catastrófica como el cáncer, son desafiados inesperadamente hasta el fondo de su ser con los elementos inconclusos de su vida, llegando a un punto donde el trabajo interno se hace esencial para aliviar el intenso dolor y sufrimiento que están experimentando, tanto en el nivel físico como en el psicológico. Quienes trabajan con pacientes oncológicos, han comenzado nuevamente a colocar más énfasis en la persona total, retomando esa visión antigua de la enfermedad que integra tanto a las condiciones del cuerpo como también al sentido de bienestar subjetivo del individuo, más que solo enfatizar en los cambios biomédicos en los órganos y en las moléculas.

El uso de sueños, imaginación y contacto con el espíritu superior o el sí mismo con propósitos de curación, eran los elementos principales usados por los chamanes antiguos. Hoy, el uso del arte como herramienta terapéutica, permite hacer de puente entre el mundo interno y el mundo exterior, contactarse con elementos profundos del sí mismo y expresar lo que no se puede nombrar. Al retomar las actitudes antiguas hacia la enfermedad, el

arteterapia puede ayudar a los pacientes a reencuadrar su dolor, pérdida de control y, potencialmente, convertir la enfermedad en una experiencia de crecimiento espiritual.

Pacientes que han acogido exitosamente el desafío de su enfermedad, tienen la posibilidad de vivir más plenamente. Esta tarea única e individual de autorrealización, es lo que Jung llamó *Proceso de Individuación*. La persona que es receptiva y lleva a cabo conscientemente una conexión viva con este proceso se convierte en un ser humano más completo.

Disciplinas como la psicología, la psicooncología y el arteterapia han aportado sustancialmente en el redescubrimiento del alma como factor importante en el tratamiento de las enfermedades.

Esta monografía expone un estudio de caso retrospectivo de la experiencia de práctica para optar al título de Especialización en Terapias de Arte mención Arteterapia, de la Universidad de Chile. Dicha práctica fue realizada en el segundo semestre de 2015 en la Fundación Arturo López Pérez, institución especializada en la atención y tratamiento de pacientes oncológicos.

Esta experiencia consistió en un encuentro. Ella, paciente de 40 años con un cáncer de mama y yo, estudiante de arteterapia. El proceso ocurrió mientras ella asistía a sesiones de quimioterapia. Por condiciones del contexto, nuestro trabajo juntas estuvo limitado a ocho sesiones, una pequeña pincelada en su viaje, en su experiencia con la enfermedad, que dejó una marca, que permitió, en parte, aliviar el sufrimiento. A través de esta experiencia, llena de incertidumbres, de dolor, de temor y finalmente de aceptación y reencuentro consigo misma, recorrimos un camino en el cual ambas aprendimos.

Esta monografía hace un recorrido teórico, el cual pretende servir de cáliz para la comprensión del caso y que sirve para contextualizar la mirada de este acercamiento.

Se abordan conceptos básicos como la definición de cáncer desde la medicina, y específicamente el cáncer de mama. También se hace referencia al desafío inesperado e impuesto de la activación del proceso de individuación en respuesta a la enfermedad

catastrófica. Dentro de este concepto más amplio, se abordarán temáticas vinculadas al cuerpo, la sexualidad y el duelo, emergentes que se asocian a efectos psicológicos que el cáncer de mama genera en las mujeres diagnosticadas. Finalmente se enunciarán conceptos básicos de arteterapia y aplicaciones con pacientes oncológicos, así como, algunos efectos terapéuticos positivos que puede generar y que poseen el potencial de favorecer la reconstrucción afectiva y la resignificación de la vida.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Aspectos de la población con la que se trabaja.

1.1.1. Conceptos básicos de cáncer.

Definición médica del Cáncer

El cáncer es una enfermedad degenerativa multifactorial producida por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Según la Organización Mundial de la Salud, OMS, en sus Programas Nacionales de Lucha Contra el Cáncer (2016), plantea que «Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas».

Un rasgo común a todas las formas de cáncer es la ineficacia de los mecanismos que regulan normalmente el crecimiento, la proliferación y la muerte de las células. Según Torner Pérez (2011), nuestro organismo es el que da la orden para detener el crecimiento de las células cuando su número es el adecuado para la función que tienen que realizar. Sin embargo, por algún mecanismo aún desconocido, esto no ocurre con las células cancerosas. Éstas crecen y se multiplican cuando no deberían hacerlo. Además, el principal problema que presentan es que son capaces de traspasar las barreras de los tejidos del órgano donde se inició su crecimiento descontrolado y acaban invadiendo tejidos sanos que rodean al tumor. Asimismo, pueden viajar a órganos lejanos de donde empezó su crecimiento a través de la corriente sanguínea o del sistema linfático, pudiendo diseminarse desde el órgano de origen y formar nuevos tumores en otros órganos, este proceso es conocido como **metástasis**. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (OMS 2016).

Tipos de Cáncer.

Existen diversos tipos de cáncer, según la OMS (2016), los principales subtipos son tres:

- **Sarcomas**: Proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.

- **Carcinomas**: Son los más frecuentes y afectan a la piel, mucosas, labios, cuello del útero, glándulas mamarias, hígado y próstata. Los que tienen una estructura glandular se denominan *adenocarcinomas*.

- **Hematosarcomas**: Originan las leucemias y los linfomas, que incluyen los cánceres de los tejidos formadores de las células sanguíneas. Producen inflamación de los ganglios linfáticos, invasión del bazo y médula ósea, y sobreproducción de células blancas inmaduras.

Además, cada tipo de cáncer es diferente pues varía de acuerdo con la velocidad del crecimiento del tumor y su capacidad de diseminación a otras partes del cuerpo (Torner Pérez 2011).

Cáncer de mama.

Según la OMS (2016), el cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo, pues representa el 16% de todos los cánceres femeninos. Los conocimientos actuales sobre sus causas son insuficientes, por lo que la detección precoz sigue siendo la piedra angular de la lucha contra esta enfermedad. Cuando se detecta precozmente, se establece un diagnóstico adecuado y se dispone de tratamiento, las posibilidades de curación son elevadas. En cambio, cuando se detecta tardíamente es raro que se pueda ofrecer un tratamiento curativo. En tales casos son necesarios cuidados paliativos para mitigar el sufrimiento del paciente y sus familiares.

Definición y tipos de cáncer de mama.

Según publicaciones de la OMS (2016), el cáncer de mama es el tumor que surge de la glándula mamaria. Se trata de un crecimiento celular anormalmente alto que ha escapado a los controles que tiene nuestro organismo para evitar esta circunstancia. Suele estar formado por tumores sólidos.

Existen varios tipos de cáncer de mama.

- Los ***Ductales Infiltrantes*** surgen de una estructura mamaria que se conoce como ducto. Comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón.

- Los ***Lobulillares Infiltrantes*** se originan en los lobulillos, las partes de la mama que producen leche. La otra gran estructura que conforma la mama.

Entre ambos representan casi el 95 por ciento de los tumores de la mama.

- El tercer tipo de tumores mamarios son los denominados ***Philodes***, que nacen a partir del tejido muscular de la mama y aparecen con menos frecuencia que los anteriores.

El cáncer de mama puede ser invasivo o no. Un tumor es invasivo cuando se ha propagado a otros lugares de la mama diferentes de aquel en el que se originó. Cuando el cáncer no ha invadido otro tejido mamario, se denomina 'in situ'.

Factores de riesgo.

Actualmente, aún se desconoce la causa exacta de este cáncer, no existe una sola y única causa sino un grupo de factores cuyos efectos actúan conjuntamente y predisponen al cáncer de mama. A pesar de que en la mayoría de las mujeres afectadas no es posible identificarlos específicamente, se conocen bien varios factores de riesgo.

A la luz de las investigaciones recopiladas por la OMS (2016), los factores de riesgo pesquisados se relacionan con:

- Antecedentes familiares multiplican el riesgo por dos o tres.

- Algunas mutaciones en los genes heredados del cáncer de mama, como BRCA1 o BRCA2, se asocian a un riesgo muy elevado de ese tipo de cáncer. Sin embargo, esas mutaciones son raras y explican solo una pequeña parte de la carga total de cáncer mamario.
- Los factores reproductivos asociados a una exposición prolongada a estrógenos endógenos, como una menarquia precoz, una menopausia tardía y una edad madura cuando ocurre el primer parto figuran entre los factores de riesgo más importantes del cáncer de mama. La lactancia materna tiene un efecto protector.
- Las hormonas exógenas también conllevan un mayor riesgo, por lo que las usuarias de anticonceptivos orales y de tratamientos de sustitución hormonal tienen más riesgo que las mujeres que no usan esos productos.
- Factores de riesgo modificables, el 21% de todas las muertes por cáncer de mama registradas en el mundo son atribuibles al consumo de alcohol, el sobrepeso y la obesidad, y la falta de actividad física.

1.2.2. Aspectos Psicológicos y Emocionales en Pacientes con Cáncer de Mama.

El nombre no es la cosa nombrada.

El mapa no es territorio. De ahí que nunca podemos conocer ningún territorio en forma directa, todo lo que podemos conocer son los diversos «mapas» de ellos o nuestras metáforas de aquellos.

Victoria Díaz (2010), en su artículo sobre experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico, expone que el diagnóstico de un cáncer de mama no nombra únicamente una proliferación desordenada de células que afecta partes del organismo de una mujer. Éste implica, para las pacientes, confrontarse con las consecuencias orgánicas y psicológicas, propias de una enfermedad cuyo nombre remite a múltiples metáforas: la muerte, la mutilación, el dolor, el aislamiento, y que afecta a

partes del cuerpo llenas de significaciones subjetivas y culturales. La estructura psicológica y de personalidad; la preexistencia de psicopatologías previas a la aparición del cáncer; la historia oncológica de la paciente, es decir, sus experiencias previas con la enfermedad, las enfermedades neoplásicas de sus familiares directos, amigos y conocidos, el desarrollo y desenlace de las mismas, influirán significativamente en la respuesta emocional tras el conocimiento del diagnóstico.

Así también, la experiencia de los tratamientos oncológicos, es vivida como intervenciones agresivas, que dejan importantes secuelas orgánicas y afectivas, y a las que se someten únicamente con el fin último de luchar por su vida. Las cirugías cortan, extraen, modifican el organismo dejando en las cicatrices las marcas de lo perdido. La quimioterapia ataca químicamente las células malignas, al mismo tiempo que afecta a las células sanas ocasionando efectos secundarios como la caída del cabello o la infertilidad transitoria. La radioterapia destruye las células enfermas y deja quemaduras en las zonas afectadas o en los órganos aledaños, las cuales pueden persistir mucho tiempo después de terminado el tratamiento (Díaz, 2010).

Es así entonces, que las pacientes se ven enfrentadas no sólo a la enfermedad, sino también a los tratamientos médicos con sus respectivas secuelas, y a múltiples consecuencias psicológicas, psicosociales y familiares.

Los efectos psíquicos generados por la incertidumbre y las múltiples pérdidas asociadas a este proceso, se vinculan con emergentes como los conceptos de *cuerpo*, *sexualidad* y *duelo*.

El cuerpo en el cáncer de mama.

Nuestro cuerpo es un relato de nuestra vida y en él se inscriben las marcas de nuestro ser mortal. La experiencia de una enfermedad como el cáncer impregnará nuestra trayectoria vital imponiendo el límite al cuerpo. Nuevas sensaciones y percepciones

corporales resignificarán una nueva representación psíquica, una nueva marca. Distinción que nos acompañará el resto de nuestra vida (Solana, 2005).

La enfermedad no puede existir separada del sujeto enfermo, y el padecimiento de éste no se restringe a la alteración física del organismo. No todo es explicable con la lógica del organismo; hay un sufrimiento que sobrepasa la expresión del dolor físico, o que el sujeto formule una protesta frente a procedimientos que la ciencia considera idóneos, o que no hay una respuesta del cuerpo a una terapéutica a la que la mayoría de los organismos responde adecuadamente. Es este el cuerpo del sujeto, el cual se resiste a la generalización (Díaz, 2010).

Hablamos entonces del concepto de cuerpo; entendiendo éste como una construcción particular en la historia del sujeto que difiere del concepto de organismo biológico en el que se basa la intervención médica. Para el discurso médico el concepto de cuerpo coincide con el de organismo, el cual se define cómo la materia biológica que, constituida como un conjunto de sistemas, funciona e interactúa para permitir la vida orgánica. Sin embargo, la representación que cada sujeto tiene de su cuerpo es única, tiene una significación particular construida a partir de la historia singular e incide en cómo vive la experiencia de una enfermedad (op cit).

El seguimiento médico requiere del cuerpo orgánico del enfermo y le impone numerosas exigencias; desde exploraciones intensivas, múltiples pruebas y reconocimientos hasta intervenciones más o menos agresivas. El cuerpo del enfermo está a disposición del hospital. Esta irrupción exclusiva sobre el cuerpo llena todo el espacio corporal y temporal y reduce cualquier otra actividad (Solana, 2005).

Se produce una inusual experiencia, por una parte, esta concentración requiere un repliegue de la energía psíquica hacia el propio cuerpo, hacia la imagen del cuerpo, para disponer de suficiente energía para responder y adaptarse a la realidad. Se detecta cualquier mínima sensación corporal que en ocasiones toman un valor, una significación bordeada por la inquietud y la angustia. El cuerpo se vuelve el mundo del individuo con el fin de asegurar la supervivencia (*repliegue narcisista*) (op cit).

Un efecto secundario de la quimioterapia, la caída del cabello, es un ejemplo concreto de cómo para las pacientes es más importante la representación psíquica y social de la parte perdida que su funcionalidad. La paciente, entonces, no vive la caída del cabello como la pérdida de un tejido muerto, sin importancia para el funcionamiento biológico, sino como la de un objeto significativo para su propia imagen, estimado y valorado como atributo para ganar la aceptación y el amor del otro (Díaz, 2010).

Así, la relación con el cuerpo se construye, originalmente, a partir del vínculo con el otro. De la misma forma, las nuevas representaciones que una mujer establezca con su cuerpo a partir del cáncer inciden de forma importante en dicho vínculo.

La alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad, incluso una pequeña cicatriz puede llegar a tener una interpretación psicológica de magnitud muchas veces incomprendida por el entorno social y afectivo de la paciente, como así también por el equipo médico que la trata. En el reconocimiento que cada una da a su cuerpo está la evidencia de que algo ha cambiado; ya la representación que tiene inscrita de su cuerpo no coincide con la imagen que aparece en el espejo, y que se vive como desconocida, invasora (Díaz, 2010). Esta deformidad física puede interferir frecuentemente con la continuidad o establecimiento de relaciones íntimas, especialmente en mujeres jóvenes sin parejas estables o en aquellas que mantienen relaciones que eran conflictivas pre mórbidamente (Torner, 2011).

Cuerpo, sexualidad y cáncer de mama.

Uno de los aspectos que determinan la vivencia del cáncer es la significación subjetiva y social que tiene el órgano enfermo. La mama es un órgano con una representación cultural, psicológica, sexual y afectiva muy compleja. Debido a ello el diagnóstico, tratamiento y secuelas del cáncer de mama van a ser percibidos y “vividos” por la paciente de una manera singularmente delicada. La enfermedad y su tratamiento modifican de forma importante la relación de la paciente con el cuerpo, con el otro y con

la sexualidad; entendida aquí desde una dimensión amplia del encuentro con el otro que trasciende la genitalidad (Díaz, 2010). El pecho de la mujer está relacionado fuertemente, en nuestra cultura, con el ámbito de la sexualidad, el atractivo físico, la feminidad y la maternidad; y para muchas mujeres la pérdida de un pecho equivale a la pérdida o deterioro de estos aspectos. Los efectos sobre la autoestima son especialmente delicados, muchas pacientes van a tener la percepción de que a partir del momento del diagnóstico dejaron de ser sexualmente atractivas, de que no volverán a ser capaces de experimentar ni dar placer, e incluso que su capacidad de ser amadas y amar está mermada definitivamente (Rojas-May, 2006).

Con base en esto, y, como se mencionó anteriormente, la enfermedad no afecta sólo la dimensión biológica de la mujer, sino también su representación de cuerpo y su vínculo con el otro. El semejante puede ser visto como aquél que juzga, critica o siente lástima y ante quien se asume una distancia física y afectiva para protegerse de lo que él evoca (Díaz, 2010). Y si en su propia mirada está el reconocimiento de la pérdida, la del otro se siente como un señalamiento que ratifica su falta. En la mirada del otro se proyecta el reflejo de la propia evaluación, aquella que se horroriza por lo que ya no se es y que no soporta el rechazo que produce de sí misma (op cit).

Estas pérdidas generan procesos afectivos de elaboración del duelo que conducen a la construcción de una nueva imagen corporal y al reencuentro con el otro. En algunos casos, sin embargo, la mujer puede responder a su enfermedad deteniéndose en el dolor por lo perdido y anclándose en un anhelo que le impide la reconstrucción del cuerpo y la resignificación de la vida.

El Duelo como trabajo psíquico de elaboración, Duelos del cuerpo y Duelo oncológico.

El cáncer y sus tratamientos producen múltiples pérdidas que generan procesos de duelo en diversas dimensiones de la vida de quien lo padece y de su entorno. Es también un concepto esquivo en esta realidad compleja cuyo proceso no siempre es visible, muchas veces se sumerge y queda latente, para aflorar cuando el proceso no va bien o al final de los tratamientos.

Se ha visto que el diagnóstico de un cáncer ginecológico o de mama genera en la mujer la experiencia de pérdidas múltiples: se pierde una parte del cuerpo o la representación que de ella se tenía; se pierde el ideal de futuro al sufrir una enfermedad que psíquicamente remite a la muerte; se pierde la lógica del vínculo con el otro por las transformaciones que la enfermedad y los tratamientos imponen a la relación. Las pérdidas de todo aquello que se ama, o a lo cual se está ligado afectivamente, mueven el psiquismo a un trabajo de elaboración del duelo que conduce a la asunción de la vida sin lo perdido (Díaz, 2010).

Las reacciones emocionales y los mecanismos defensivos ante la enfermedad oncológica, estará determinado no sólo por las condiciones del medio del individuo, que forman una constelación; desde las condiciones médicas (información masiva que se tiene que asimilar, afrontamiento de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos), las condiciones de apoyo familiar y social, las creencias personales, etc. Sino también por el tipo de personalidad del paciente (Solana, 2005). Con todo este arsenal de recursos disponibles el paciente recorrerá un proceso en el cual deberá irse adaptando a las nuevas condiciones de su medio.

La mayor parte de los pacientes diagnosticados con cáncer, independientemente del estadio de la patología que curse, vive un proceso psicológico adaptativo denominado “duelo oncológico”. Esta definición es importante porque, a partir de ella, entendemos que el duelo implica un trabajo psíquico, es decir, el sujeto en duelo debe llevar a cabo una serie de movimientos, muchas veces de forma inconsciente, para que la herida afectiva cicatrice. Frente al cáncer y a los tratamientos, la mujer se confronta con una realidad que le evidencia las pérdidas ocurridas y le anuncia las por venir. Ante esa realidad, la

respuesta suele ser la negación con el mantenimiento de la esperanza de recuperar lo perdido. La mujer puede suponer que el diagnóstico es errado, o que con el avance en los tratamientos no tendrá que enfrentar ninguna pérdida significativa. En un segundo momento, posterior a la negación, vienen la aceptación de la realidad y el asumir la renuncia, lo que implica un gran gasto de tiempo, de energía psíquica y la experiencia de sentimientos dolorosos. La mujer se enfrenta poco a poco con la evidencia de la falta, que se impone afectivamente, a pesar de no ser muy tangible en lo real. Es el caso de las pacientes con reconstrucción del seno, quienes empiezan a manifestar insatisfacción con su nueva imagen, incomodidad por la asimetría que perciben en sus senos, malestar con la mirada y el encuentro con el otro, tristeza por todo aquello que evidencia lo que han perdido. Sentimientos dolorosos necesarios que, progresivamente, contribuyen a cicatrizar la herida emocional causada por la enfermedad. En el momento final del duelo hay una reubicación emocional de lo perdido y se da la resignificación de una nueva realidad. La mujer reconstruye una imagen de su cuerpo, a la cual ya no se resiste, e instaura también una nueva relación con el otro en la que su presencia, su mirada y su contacto no representan la amenaza percibida en los primeros momentos de la enfermedad (Díaz, 2010).

Cabe señalar que el duelo oncológico es no sólo muy frecuente, sino que también es, las más de las veces, un mecanismo de reconstitución psíquico fundamental, que le permite a la paciente estructurar una respuesta a los desafíos orgánicos, cognitivos, sociales y emocionales a los cuales se ve enfrentada a partir ese momento (Rojas-May, 2006).

En algunos casos, la mujer se detiene en el dolor por lo perdido, lo que le impide situarse de una nueva forma ante sí misma y frente al otro. El duelo, visto de esta manera, es una elección que se plantea entre el dolor -como forma de no renunciar a lo perdido- o una nueva posición subjetiva que sea compatible con la vida. (Díaz, 2010). Es importante señalar que un grupo importante de pacientes inician el duelo oncológico hacia el final de los tratamientos médicos. La razón de ello sería que, durante la primera etapa de

diagnóstico y tratamiento, privilegian los aspectos médicos por sobre las variables emocionales tanto nivel individual como familiar (Rojas-May, 2006).

La carga de incontrolabilidad e *incertidumbre* lleva consigo una natural respuesta al estrés. Pero para llevar a cabo un proceso de adaptación, el paciente dispone de una peculiar contradicción, el tiempo real del que dispone para hacerse cargo de un proceso médico que no puede parar, antes, al contrario, ha de ser rápido, preciso y eficaz y *un tiempo subjetivo* diferente al real en el cual tendrá que llevar a cabo un proceso de elaboración mental. Es como si la experiencia del tiempo psíquico quedase detenida, lo urgente es dedicar la energía a la supervivencia física (Solana, 2005). Durante este tiempo de la enfermedad los pacientes tienen la sensación de control tanto por ellos mismos, "están haciendo algo", y especialmente por parte de los médicos. Parapeto de protección que se perderá al regresar a la normalidad diaria (op cit). Una vez finalizados los tratamientos deberá enfrentarse con las repercusiones psíquicas y sociales de la enfermedad y por tanto a la experiencia de pérdida que hemos descrito anteriormente.

En la experiencia de tiempo subjetivo nos topamos con una parada psíquica y la persona se percata de que hay un antes y un después de la enfermedad, donde se verá impelido a hacerse cargo de los cambios y transformaciones capitales desencadenadas por el cáncer.

1.1.3. Individuación y cáncer

La fisura producida por la travesía de la enfermedad hará detenerse a la persona enferma y llevar su atención a redescubrirse por el atravesamiento traumático del cáncer y por todas y cada una de las modificaciones impuestas por éste. Una enfermedad catastrófica como el cáncer plantea, impuesta e inesperadamente, el desafío de integrar problemas vitales no resueltos a través de una experiencia intensificada de *individuación*. Esta activación del proceso de individuación en respuesta a la enfermedad catastrófica, se encuentra en el centro de la teoría junguiana de la curación mente – cuerpo.

Proceso de individuación

“El simple hecho de cumplir nuestro destino es la mayor hazaña humana”.

(C. Gustav Jung, 1995, p 163).

En el libro “El hombre y sus Símbolos” (1995), Jung plantea que cada uno de nosotros tiene una tarea única de autorrealización, un proceso en el que tenemos que buscar y encontrar repetidamente algo que aún no es conocido por nadie. La realización de la unicidad del hombre individual es la meta del proceso de individuación, proceso por el cual el hombre vive su innata naturaleza humana. Nuestro viaje a través de la vida nos impulsa a la individuación al confrontar las partes no advertidas de nosotros mismos, y también nuestras limitaciones personales. Sin embargo, estrictamente hablando, esto es real solo si el individuo se da cuenta de aquello y lleva a cabo conscientemente una conexión viva con él.

El "sí-mismo" puede definirse como un factor de guía interior que es distinto de la personalidad consciente- Es el centro regulador que proporciona una extensión y maduración constante de la personalidad-. Sin embargo, es el ego el que proporciona luz a todo el sistema, permitiéndole convertirse en consciente y, por tanto, realizarse. Este aspecto mayor y más cercano a la totalidad de la psique aparece primero como una mera posibilidad innata. Hasta donde se desarrolla depende de si el ego está dispuesto o no a escuchar el mensaje del "sí-mismo". Si, por ejemplo, tenemos un talento artístico del cual no es consciente el ego, nada le ocurrirá, incluso el don puede no llegar a existir (Op. Cit.).

Es así que, la persona que es receptiva a las insinuaciones del sí mismo se convierte en un ser humano más completo. Pero el individuo no solo puede ser receptivo, sino que puede participar y cooperar activamente en su desarrollo, siendo esta cooperación constitutiva del proceso de individuación. Esto es, cada persona tiene que hacer algo diferente, algo que es únicamente suyo. Aunque muchos problemas humanos son análogos, jamás son idénticos (Op. Cit.).

Bernie Siegel (1995), quien ha desarrollado el tema de la individuación ampliamente, en su libro “Como vivir día a día” plantea al respecto;

Dentro de cada uno de nosotros se encuentra el conocimiento de nuestro camino. Es algo intuitivo. Y, sin embargo, es muy frecuente que lo abandonemos y, en lugar de vivir nuestra propia vida, sigamos el camino que otra persona ha escogido para nosotros (...). La dirección más importante que podemos tomar no es hacia el este o el oeste, hacia el norte o el sur; es hacia el interior de nosotros mismos. (p. 4).

La teoría junguiana plantea que, cada hombre tiene que examinar su propio problema y tratar de determinar lo que es justo para él. Sin embargo, el proceso de individuación es más que un acuerdo entre el germen innato de totalidad y los actos externos del destino. El hecho de que el reconocimiento de su realidad inconsciente represente autoexamen y reconocimiento de la propia vida hace que mucha gente continúe portándose como si nada hubiese ocurrido (Jung, 1995).

En esta misma línea, Sallie Nichols (1989), en el libro “Jung y el Tarot”, hace referencia a estos aspectos; “Para que su reino interior no se convierta en un desierto estéril, debe también combatir y derribar al dragón de la inercia, debe también competir más allá de los límites de la inconsciente masa humana”. (p. 210).

Sin embargo, no siempre es eficaz tal intento. Jung (1995), decía que “hay tal dirección apasionada dentro de la parte sombría de uno mismo, que la razón no puede prevalecer ante ella”. La experiencia subjetiva transmite la sensación de que cierta fuerza suprapersonal interfiere activamente en forma creativa. A veces notamos que el inconsciente lleva la dirección con un designio secreto. La sombra se presenta no sólo en omisiones, también se muestra con frecuencia en un acto impulsivo o impensado. Y, el ego se siente estorbado en su voluntad o su deseo, generalmente proyectando la obstrucción hacia algo externo, de un modo tan obstinado que la voz interior no logra hacerse oír.

El proceso de individuación efectivo, empieza generalmente con una **herida de la personalidad** y el sufrimiento que la acompaña. Esta conmoción inicial llega como una especie de "**llamada**", aunque no siempre se la reconoce como tal. Ante esta llamada, es cuando podemos entrar en conocimiento de los aspectos de nuestra personalidad, que por diversas razones hemos preferido no contemplar muy de cerca. Eso es lo que Jung (1995) llamó "**percepción de la sombra**".

Una enfermedad catastrófica como el cáncer puede ser una llamada que despierta, un nuevo comienzo. Al respecto Siegel (1995) menciona que, "hay personas que, en cierto sentido, han muerto para mantenerse vivas" (p. 6). Es decir, se han convertido en alguien que no se quiere ser.

Y entonces, un día, les dicen que sólo les queda un año de vida. A algunas personas, descubrir que son mortales les da, finalmente, permiso para vivir su vida. Dejan que muera su falso yo para dar nacimiento a lo que verdaderamente son (...) Uno puede suicidarse sin dañar su cuerpo. (Siegel, 1995. p. 6).

Para Jung (1995), la sombra contiene generalmente valores necesitados para la consciencia, representa cualidades y atributos desconocidos o poco conocidos, que existen en una forma que hace difícil integrarlas en nuestra vida. Su función es representar el lado opuesto del ego e incorporar precisamente esas cualidades que nos desagradan en otras personas. Por lo que, a veces, ocurre primero una serie de comprobaciones de lo que está mal en nosotros y en nuestros actos conscientes. Luego hay que comenzar el proceso aceptando toda clase de verdades amargas. Parece como si el encuentro inicial con el "sí-mismo" proyectara una oscura sombra hacia el tiempo venidero.

Joseph Campbell, en Reflexiones sobre el arte de vivir (citado en Siegel, 1995), expresa lo siguiente:

*"Sólo mediante el descenso al abismo
recuperamos los tesoros de la vida.*

*Allí donde tropiezas, está tu tesoro.
La misma caverna donde te asusta entrar
resulta ser la fuente de lo que estabas buscando”.*

En la misma línea, Nichols (1989), agrega que durante el viaje se requiere de coraje, fuerza y sabiduría. Que habrá un constante ir y venir entre el ego y el sí mismo, dado que el desarrollo psicológico es un proceso en movimiento constante. Por lo que, la persona tendrá que enfrentar muchas pruebas, antes que su ego pueda establecer una identidad firme y mantener una relación duradera con el principio de su guía interior.

Al respecto Joseph Campbell (1949), expone:

El héroe, ya sea dios o diosa, hombre o mujer, la figura en el mito o la persona que sueña, descubre y asimila su opuesto (su propio ser insospechado) ya sea tragándose o siendo tragado por él. Una por una van rompiéndose las resistencias. El héroe debe hacer a un lado el orgullo, la virtud, la belleza y la vida e inclinarse o someterse a lo absolutamente intolerable. Entonces descubre que él y su opuesto no son diferentes especies, sino una sola carne. (p. 67).

Además, plantea que la partida original a la tierra de las pruebas representa solamente el principio del sendero largo y verdaderamente peligroso de las conquistas iniciadoras y los momentos de iluminación. Habrá que matar los dragones y traspasar sorprendentes barreras, una, otra y otra vez. Mientras tanto se registrará una multitud de victorias preliminares, de éxtasis pasajeros y reflejos momentáneos de la tierra maravillosa (op cit).

Cuando nos hallamos bajo presión, si estamos dispuestos a dejar que nuestros maestros sean la oscuridad, el dolor y las dificultades, también nosotros podemos producir grandes dones. Como dice Susan Bach, escritora y terapeuta junguiana; «*Cuando sometes el carbón a una fuerte presión, se convierte en un diamante*».

Es entonces cuando el proceso de sanación psicológica y espiritual se podrá producir. Dafter, en Bowie y Pacheco (1993), plantea que

Al enfrentar los problemas vitales de la individuación, los pacientes con cáncer pueden aumentar mucho su capacidad de no derrumbarse y, en el proceso, reducir su propio dolor, exactamente como si fuese administrada morfina. También les puede dar seguridad en el desarrollo psicológico y espiritual y, posiblemente ser curados físicamente en el proceso. (p. 109).

Los efectos psíquicos positivos de la individuación fueron vistos por Jung como poseedores de potencial para curar enfermedades físicas. Luchas exitosas durante enfermedades han ayudado a las personas a calmarse a sí mismas ante la faz de la sombra de la muerte: sus almas se sanan, aunque sus cuerpos no lo hagan.

Solo hay una cosa que parece servir, y es dirigirse directamente, sin prejuicio y con toda ingenuidad, hacia la oscuridad que avanza y tratar de encontrar cual es la finalidad secreta que nos exige. Este aspecto creativamente activo del núcleo psíquico puede entrar en juego solo cuando el ego se desentiende de toda finalidad intencionada y voluntaria y trata de alcanzar una forma de existencia más profunda y más básica. El ego tiene que ser capaz de estudiar atentamente y entregarse, sin ningún otro designio o intención, a esa incitación interior hacia el desarrollo (Jung, 1995).

El propósito oculto de la inminente oscuridad generalmente es algo tan inusitado, tan único e inesperado que, por regla general, solo se puede encontrar por medio de sueños y fantasías surgidos del inconsciente y, con frecuencia se abre camino mediante un torrente de imágenes simbólicas que resultan útiles (Op Cit).

Sólo mediante el símbolo puede lo inconsciente ser alcanzado y expresado, por cuyo motivo jamás podrá la individuación abstraerse de símbolos. El símbolo es, por un lado, la expresión primitiva de lo inconsciente y, por el otro, una idea que corresponde al más alto presentimiento que le sea dado a la conciencia (Jung & Wilhem, 1955).

El mito del Héroe.

Jung ha descrito en detalle cómo la peregrinación espiritual, así como también el proceso de individuación, siguen el mismo paradigma que el Mito del Héroe, como un modelo de la vía para el descubrimiento de sí mismo. Se relaciona el viaje del héroe hacia el grial espiritual, y el que muchos creen que es un proceso fundamentalmente similar en la creatividad en las artes y las ciencias (Rossi, 2002).

En su volumen clásico, *El Héroe de las Mil Caras*, Joseph Campbell describió la primera fase de la vía mítica de la vida humana cuando el “héroe” dentro de todos nosotros siente el llamado a la aventura. El héroe debe separarse de su hogar y viajar a través de circunstancias vitales peligrosas, a menudo retratadas en el mito como un viaje por el mar de la noche, o un bosque oscuro, o en la noche del espíritu en la fase dos. El héroe pasa por muchos desafíos o ritos de iniciación donde se enfrenta y se sobrepone a dragones o fuerzas en la fase tres, de modo que roba el nuevo fuego de la consciencia a los dioses, y que simboliza el recurso del inconsciente. Finalmente, en la fase cuatro el héroe regresa a su hogar con un don o un poder importante que contribuirá a la renovación, a la resurrección o renacer del individuo, la familia y la sociedad (Rossi, 2002, p. 4).

1.2. Arteterapia

1.2.1. Arte y Creatividad

La actividad artística ha formado parte de casi todas las culturas desde sus orígenes, constituyendo las piezas fundamentales para la construcción de la historia humana. Como actividad se anticipa al lenguaje, situándose la imagen antes de la palabra. El carácter subjetivo de lo artístico, permite la simbolización de aspectos primitivos, la expresión del inconsciente de manera sublimada. A través del arte es posible pronunciarse sobre lo siniestro, lo imposible y lo prohibido, transformando en cultura los pasajes más ocultos de la naturaleza humana (Planella, Mallea y Acevedo, 2007).

El arte es una valiosa herramienta que no sólo tiene grandes beneficios a nivel emocional, cognitivo e incluso espiritual, sino que también ofrece una visión holística del hombre, a la vez que abre diversas posibilidades para conceptualizar la enfermedad (Zenil & Alvarado, 2007).

Para hablar de la utilidad de la terapia del arte como herramienta psicoterapéutica, en primera instancia haremos una aproximación a algunas características del arte:

Arte como mediador de la razón

El hecho creativo permite profundizar en la experiencia cualitativa de una manera especialmente concentrada y participar en la exploración de lo que puede generar la imaginación fomentando lo mejor de éstos aspectos; por una parte, los sentimientos impelen al máximo esfuerzo de razonamiento, mientras que la razón purifica los sentimientos (Fischer, citado en Zenil et al, 2007, p. 59).

Arte como medio de comunicación

El ser humano es un creador de significados que no se limitan a lo que las palabras pueden expresar, se puede afirmar que el arte es el lenguaje de lo indecible, pues comienza precisamente donde los términos convencionales no alcanzan a expresar la totalidad de la experiencia humana.

Una característica básica del arte es la representación (presentar lo que no está), la cual tiene entre sus objetivos transformar el contenido de la conciencia, de algo personal y privado a una forma pública, esta transformación es una condición necesaria para la comunicación. El proceso de representación está mediado por formas que expresan emociones y esbozan significados que no se pueden transmitir por medio de la denotación literal. Las artes van más allá de hacer visible lo invisible, pues ‘hablan’ a través de las sensaciones, proyecta ‘la vida sentida’ en estructuras espaciales, temporales y poéticas (Eisner citado en Zenil et al, 2007, p. 59).

Así como el arte da la posibilidad de crear significados de diversas maneras, también otorga la flexibilidad para contemplar la cotidianeidad desde distintas ópticas, el pensamiento propio del arte moderno es concebir que la naturaleza o la sociedad no tienen una sola forma de equilibrio (op cit).

El arte como juego

El arte es cualitativamente similar al juego, porque produce condiciones agradables para la persona donde puede manipular libremente elementos internos y externos dejando explorar su imaginación. La labor creativa trae consigo la sorpresa, puesto que los fines en el proceso de creación están orientados a lograr cosas nuevas en todos los sentidos, dicha sorpresa es fuente de satisfacción, a la vez que hace significativo lo que se aprende con ella y es más probable que dicho conocimiento forme parte del repertorio de la persona permitiendo generar y abordar con éxito problemas nuevos y más complejos. (Eisner citado en Zenil et al, 2007, p. 60).

Arte como cura para el dolor

Si bien con las características anteriores de algún modo se mencionan cualidades del arte que atenúan el dolor, en realidad su carácter paliativo va más allá, radica en el hecho de que, ante las peores circunstancias de la vida individual o social, el arte es la forma de no resignarse, de no dejarse en el abandono, más aún, es la forma de transformar creativamente lo más terrible de la realidad en formas bellas, en oportunidades de crecimiento y en circunstancias llenas de sentido (Zenil et al 2007, p. 60).

Considerando que todo individuo posee la capacidad creativa, el arte es una cualidad inherente al alma humana. El arte y, específicamente el arteterapia, puede ser un camino viable para confrontar las partes no advertidas de nosotros mismos, nuestras limitaciones personales y, redescubrir el alma como factor importante para el tratamiento de enfermedades físicas como el cáncer.

1.2.2 Arteterapia

El placer que genera la creación es uno de los elementos con los que trabaja el arteterapia y que impulsa al creador a seguir creando, en el contexto terapéutico el proceso creativo pone a menudo al paciente en contacto con sus posibilidades y sus capacidades. (Omenat citada en Rivera, 2010).

Eva Marxen (2011), describe el arteterapia como una técnica terapéutica en la que el paciente puede comunicarse a través de materiales artísticos, los cuales facilitan la expresión y la reflexión. Agrega que, el arteterapia es de gran ayuda cuando el funcionamiento normal del individuo se ve alterado, ya sea por razones biológicas, psíquicas o sociales. Su aplicación está especialmente indicada para aquellas personas que, en virtud de la enfermedad que padecen u otras razones, tienen dificultades para articular sus conflictos verbalmente.

En general, la representación simbólica resulta menos amenazante que la comunicación verbal, el lenguaje de las imágenes es más indirecto y, por este motivo, puede proporcionar más seguridad y contención, reduce la ansiedad y posteriormente cabe la posibilidad de enlazarla con la expresión verbal directa, (Op cit).

No es requisito tener conocimientos de técnica, ya que no persigue fines estéticos. El proceso creativo y la obra cobran un significado dentro de un contexto arteterapéutico. El arteterapia actúa como un puente entre el mundo interior y exterior, por un lado, permite hacer visible el mundo interior a través de una creación artística y esta a su vez, produce un impacto en la vida interior generándose un diálogo entre estos dos mundos.

Selman (2013), menciona los postulados de Edith Kramer, arteterapeuta norteamericana, quien describe los procesos involucrados en la actividad artística, diciendo que ésta tiene propiedades curativas intrínsecas. A través del arte, se crean equivalencias a las experiencias humanas, se trata de un área en la que se pueden elegir, variar o repetir a voluntad las experiencias. En el acto creativo, el conflicto se reexperimenta, se resuelve y se integra. Al ser un elemento tangible, permanece en el

tiempo, por lo tanto, sirve como índice y elemento de comparación entre el pasado y el presente.

Creación Curación

Según Marxen (2011), el trabajo creativo conecta a la persona con su propia fuerza, asumiendo el papel de creador.

Salomon Touson (2002), plantea que para que se establezca la relación creación - curación, el hecho creativo debe darse en ciertas condiciones, esto es, el fenómeno que acontece durante la creación con fines terapéuticos. Pudiendo concebirse el proceso creativo desde 4 etapas en el tiempo:

Expresión

Es la fase del proceso creativo que provee los elementos o materia prima que serán utilizados durante la creación. Aquí la actitud central de la persona es la **espontaneidad**. La persona vuelca en el papel lo que su presente le permite, tal como sale de sí.

Contemplación

Esta fase brinda la oportunidad para examinar y considerar con atención, y también para reconocer como propio, lo que ha vertido. Implica examinar y considerar, desde una nueva perspectiva, lo que ha sido expuesto por la expresión. Muchas veces se vive la experiencia del **descubrimiento**, quien dibuja se ve reflejado en los rasgos que identifican su obra. La sorpresa puede ser un indicador de que la persona está transitando un camino develador.

Elaboración

El sentido de esta etapa se dirige a ordenar, mejorar, enriquecer o embellecer lo que ha sido vertido en el papel. En esta etapa la persona adopta una posición activa, aquí la actividad se dirige a la alteración de la realidad dentro del cual surge, ya que las

modificaciones que la persona introduce en su propio dibujo, devienen en un ensayo de nuevos paradigmas que podría implementar en la vida cotidiana. Aquí la persona **asume la responsabilidad de su obra**. Lo importante no radica tanto en la posibilidad de reflejar el mundo interior de la persona, como en la oportunidad de **replantear problemas no resueltos en un campo más libre y más flexible**. Muchas veces el cambio que se introduce es pequeño, pero no por ello menos efectivo. Momento de crecimiento y reparación.

Apreciación

El objetivo de esta etapa del proceso creación - curación es la reintroyección o **reincorporación de la imagen que fuera vertida** durante la expresión y que **ha sido modificada** (reparada, ordenada, embellecida) durante la elaboración. No es la imagen, sino el significado que el individuo atribuye a esa imagen lo que determina su comportamiento, esto abre un abanico de **posibilidades para que el paciente reformule su realidad**.

Arteterapia y pacientes oncológicos

El arteterapia puede ser una intervención muy efectiva para ayudar a los pacientes oncológicos; el componente simbólico del arte puede facilitar la expresión de sentimientos muy fuertes y algunas veces conflictivos que pueden ser considerados muy difíciles de poner en palabras. Cuando el paciente está en un estado de gran vulnerabilidad, esto puede ser un verdadero alivio (Hardy en Selman, 2013).

En los pacientes oncológicos, el arteterapia brinda múltiples beneficios terapéuticos, sostenidos en la vivencia del placer, propia de la actividad artística y elaborativa. Lo lúdico está relacionado con procesos creativos que aumentan la energía vital y restauran aspectos dañados del sujeto. Se produce una regresión a un funcionamiento emocional - infantil, donde predomina la fantasía y la lógica de lo

placentero. La responsabilidad y el juicio lógico quedan en un plano secundario, permitiendo la expresión libre de aspectos profundos del sujeto (Planella et al, 2007).

Dentro de los efectos terapéuticos inmediatos, se encuentra la posibilidad de disminuir síntomas ansiosos y depresivos asociados a la incertidumbre y al dolor movilizado frente a un diagnóstico oncológico. Registros experimentales confirman la modificación en la secreción de algunos neurotransmisores, estimulación de la glándula suprarrenal, activación del sistema inmunológico y estabilización del sistema simpático y parasimpático (op cit).

También, es un espacio fundamental para el proceso de duelo e integración de la enfermedad, se actualizan recuerdos, deseos, fantasías, formas de vincularse a través de las imágenes. Se articulan experiencias intra e intersubjetivas, situando al grupo como espejo de sí mismo. La imagen del otro reconstruye la propia y permite poder pensarse en y más allá de la enfermedad. El grupo otorga un sentido de pertenencia, la restitución de un lugar social sin dar cuenta de las marcas de la enfermedad. Lo trágico se hace familiar y existe un espacio verdadero para poder hablar de la muerte, de lo doloroso, sin dañar a otros. La existencia se trabaja de manera simbólica, dentro de un grupo que es parte de esa metáfora (op cit).

El arteterapia puede jugar un rol importante en ayudar a los pacientes a reconocer sus elementos sanadores, utilizar sus propias fortalezas para sobrellevar esta difícil enfermedad y para vivir cada día como un testimonio a la importancia de su existencia.

Plantea la posibilidad de que la persona al poder pintar, esculpir, cantar, escribir, bailar, actuar, etc., obtenga beneficios tales como: la expresión de su problemática interna (por medios “más suaves” y sutiles que el lenguaje verbal), la reducción de su tensión (al llevar “cosas” del interior al exterior de la conciencia), el reconocimiento, manejo y control de sus emociones, adquirir otros parámetros para observar y considerar su realidad, ganar más herramientas psicoemocionales de afrontamiento de la enfermedad, disminución del estrés, disminución del dolor (Planella, et al 2007).

Esta forma de abordaje emocional ayuda, sobre todo en casos en que al paciente le es difícil manifestar aquello que le produce malestar, sea porque su contenido está muy reprimido en el inconsciente o no quiera o pueda exteriorizarlo por su cultura o personalidad (lo cual es muy común en pacientes con cáncer debido al gran impacto que suponen las pérdidas y a la dificultad de elaborar numerosos duelos), así, con la terapia del arte se da voz, color o forma a esos aspectos internos que “les superan” permitiendo la construcción de un significado a tales conflictos y favoreciendo su resolución (op cit).

CAPÍTULO II

2.1. Descripción del centro de práctica

La experiencia de práctica del proceso de formación del Postítulo de especialización en Terapias de Arte mención Arteterapia, fue realizada en la Fundación Arturo López Pérez, institución especializada en la atención y tratamiento de pacientes oncológicos.

La Fundación Arturo López Pérez (FALP) lleva el nombre de un gran empresario de la Bolsa de Comercio de Valparaíso, quien fallece de un fulminante cáncer gástrico en 1949. Su mujer, la señora Ana Ross de López Pérez destina la fortuna de su marido en pos del combate del cáncer y encarga la creación de la fundación. La FALP inicia sus actividades en dos antiguos pabellones anexos del Hospital del Salvador, donde hoy está la Asistencia Pública. Las primeras instalaciones son inauguradas el 2 de agosto de 1955 con la presencia del Presidente de la República, Carlos Ibáñez del Campo. De esa fecha hasta hoy, la Fundación Arturo López Pérez se ha consolidado como un centro clínico oncológico con modernas dependencias, avanzada tecnología y una atención integral para los pacientes.

En la FALP se atienden pacientes desde los 15 años en adelante. El paciente puede solicitar una hora directamente o puede ser derivado por otro especialista. A través de una consulta inicial, se realiza la historia clínica y de acuerdo a cada caso, se solicitan los estudios necesarios para poder determinar la estrategia terapéutica. Decisiones que son tomadas siempre por un comité médico multidisciplinario.

Dentro de la atención integral ofrecida a los pacientes, la FALP cuenta con un Departamento de Calidad de Vida. Departamento que se dedica al acompañamiento de los pacientes y familiares durante todo el proceso oncológico, brindándoles información y educación acerca de la enfermedad y tratamiento. Como también ofreciendo apoyo psicológico, social, físico y espiritual, a través de diversos abordajes terapéuticos de salud

mental y estrategias de apoyo. Es aquí donde se inserta el Arteterapia como una de las terapias de salud mental que se ofrecen a los pacientes.

2.2 Antecedentes del caso de estudio

2.2.1. Derivación de la paciente a arteterapia

Desde el Departamento de Calidad de Vida se concertó una entrevista con la enfermera jefe de la Unidad de Quimioterapia, con el objetivo de dar a conocer la modalidad y requerimientos del proceso de práctica del Postítulo de Arteterapia y ofrecer una intervención a pacientes durante el tratamiento médico. En esta instancia, se seleccionaron pacientes que estaban comenzando el ciclo de al menos 12 sesiones y tuvieran programadas sesiones con frecuencia semanal. A través de la enfermera jefe, se estableció el contacto telefónico con la paciente, que daremos a conocer con el nombre Claudia y, se le planteó la invitación a realizar el proceso de arteterapia durante las sesiones de quimioterapia. Claudia mostró interés en participar y acordamos reunirnos en la próxima sesión, la semana siguiente.

2.2.2. Resumen de anamnesis

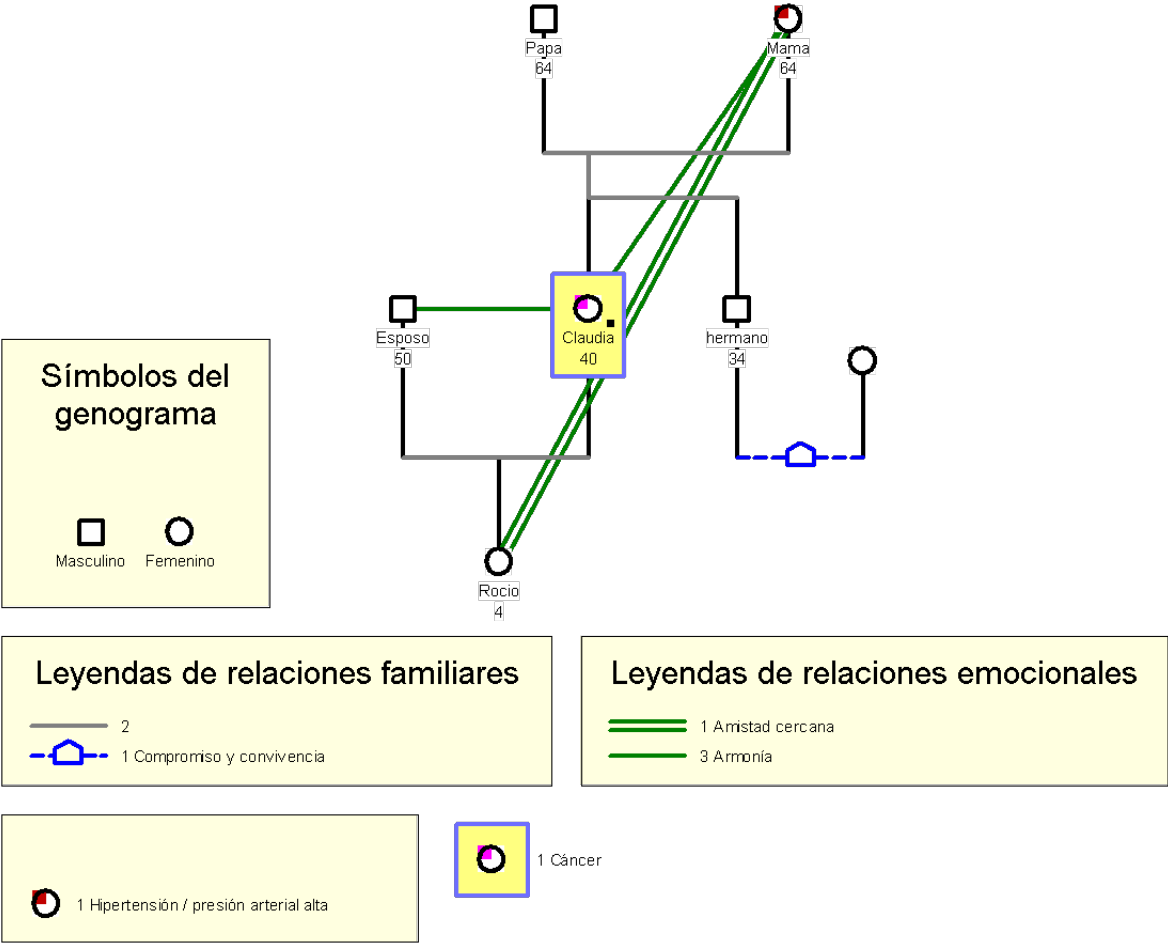
Información general de la paciente

Claudia es una mujer de 40 años, hija mayor de dos hermanos, casada y madre de una niña de 4 años. Trabaja como kinesióloga en un Hospital público en la VII región. Sus padres viven en el mismo sitio que Claudia, en una casa al lado, lo que constituye una ayuda importante en la crianza de su hija. Para el terremoto del 2010, su casa y la de sus padres fueron casi totalmente destruidas, generando un impacto emocional y económico importante para ella y la familia. Antes de la detección y diagnóstico del cáncer, estaban con su marido embarcados en el proyecto familiar de tener más hijos.

Antecedentes mórbidos y diagnóstico oncológico

Claudia no presenta antecedentes de enfermedades importantes antes de su diagnóstico actual, ni antecedentes familiares con diagnóstico de cáncer. En abril de 2015 sufre la pérdida de un embarazo de pocas semanas de gestación, por lo que es hospitalizada para realizar el procedimiento médico correspondiente, es en este contexto en donde se detecta una protuberancia inusual en la mama derecha que es diagnosticada como un Carcinoma Ductal Invasor, siendo derivada a tratamiento en la FALP. En el mes de mayo es sometida a cirugía y en junio comienza el tratamiento con quimioterapia, realizando los primeros cuatro ciclos. En septiembre comienza la segunda ronda de cuatro ciclos de quimioterapia, fecha en la cual se establece el contacto y se le invita a participar de un proceso arteterapéutico.

2.2.3. Genograma



2.3. Objetivos de la intervención

Objetivo General

Explorar y favorecer el proceso de individuación de la paciente mediante el arteterapia.

Objetivos Específicos

A través de la creación del vínculo terapéutico, acoger y apoyar el proceso de aceptación y elaboración del padecer la enfermedad y sus consecuencias.

Facilitar la simbolización y resignificación de las emociones emergentes de su vivencia, a través de la experiencia creativa.

Explorar y promover la integración de problemas vitales no resueltos, de modo de transformar la experiencia hacia una perspectiva curativa.

2.4. Setting

Dado que la paciente reside en otra ciudad, se estableció realizar la intervención arteterapéutica durante la administración de la quimioterapia, modalidad utilizada por las arteterapeutas de la fundación, con el fin de utilizar ese espacio-tiempo para ambas instancias. El box donde permanecen los pacientes durante la administración de la quimioterapia cuenta con cierto grado de privacidad, el espacio entre un paciente y otro está separado por paneles, las butacas tienen una mesa pequeña plegable lo que facilita el trabajo de arteterapia. Sin embargo, el procedimiento requiere del control y monitoreo por parte del personal de enfermería, el que ingresa al box en distintos momentos durante la sesión. Esto exige flexibilidad de parte del arteterapeuta, de las actividades que se propongan y de los materiales a utilizar.

El setting fue cambiando en el transcurso de la intervención, según los requerimientos del tratamiento y del estado de salud de Claudia, debiendo cambiar los horarios, suspender sesiones o, trasladarnos de un lugar a otro en la mitad del trabajo. Para

el final del proceso, realizamos las sesiones en el departamento de Calidad de Vida, antes de la hora de quimioterapia, donde se contó con un box que disponía de una mesa, luz natural, y que ofrecía mayor privacidad y comodidad para el trabajo.

2.5. Técnicas y enfoques utilizados

A medida que fui adentrándome en el proceso de conocimiento mutuo con Claudia, de las supervisiones del proceso, de las lecturas y, aplicando lo recopilado de la manera más concreta y práctica posibles a mi desempeño como arteterapeuta, descubrí la influencia de mi formación epistemológica anterior en la forma de abordar o entender la tarea. Para esto fue necesario reconocer que en esta formación como arteterapeuta, entro con la carga de mi historia, mis rasgos de personalidad y mis constructos personales. Mi formación como psicóloga clínica con especialización en terapia estratégica y mis estudios en psicodrama, se presentan como el fondo donde se incorporan nuevos conceptos teóricos del arteterapia.

En el enfoque estratégico las premisas básicas propuestas por Milton Erickson conforman algunos conceptos clave de la mirada epistemológica que influyeron en el proceso y, que se mencionan a continuación:

Visión Constructivista: El proceso de aprender involucra principalmente a la persona que aprende, así paciente y terapeuta tendrán la tarea de generar significados personales acerca de la experiencia, implicando su identidad en este proceso.

Énfasis en el Presente: No podemos afirmar que las personas aprenden y se desarrollan con independencia a la experiencia inmediata. La experiencia terapéutica ocurre en el momento presente y en un contexto específico.

Focalización en los Síntomas: Las dificultades o "síntomas" serían una fuente de recursos. Descubrir las dificultades presentes, lejos de ser una traba permitiría la posibilidad de reflexionar y reformular aquella dificultad. Aquí el foco estaría en descubrir aquellos significados o atribuciones que genera el paciente acerca de su experiencia.

Terapeuta Activo: El rol del terapeuta será precisamente ser el impulsor del proceso, cuyo protagonista y centro es el paciente. El terapeuta lo impulsaría a ir "más allá" de lo que cree es capaz de hacer. Catalizaría en un presente, en las experiencias de espejo, aquella información que hará que el paciente perciba los recursos con que cuenta y cuáles son los límites que se impone a sí mismo.

Énfasis en el Cambio: Valorar y percibir aquellos pequeños cambios, como producto de su hacer. Salir de la seguridad de sus creencias y avanzar hacia la incertidumbre de su vivencia siempre cambiante.

Énfasis en el Mundo del Paciente: El terapeuta deberá ser cauto en guiar un proceso que sólo puede realizar el otro por sí mismo. De ahí la importancia de generar un contexto donde se formulen más preguntas que respuestas (Ceberio, Moreno, Des Champs, Artículos "on line").

En cuanto a los conceptos teóricos incorporados del arteterapia, mencionaré a grandes rasgos tres principales ideas que influyeron en la epistemología a la base en el trabajo terapéutico.

Expresión simbólica no verbal: En el arteterapia el paciente puede comunicarse con los materiales artísticos, los cuales facilitan la expresión y la reflexión. En general, la representación simbólica resulta menos amenazante que la comunicación verbal, el lenguaje de las imágenes es más indirecto y, por este motivo, puede proporcionar más seguridad y contención, reduce la ansiedad y posteriormente cabe la posibilidad de enlazarla con la expresión verbal directa (Marxen, 2011).

Arte como objeto transicional: El arteterapia es capaz de producir objetos tangibles, las obras de arte, que sirven en algunos casos, de objeto transicional, simbolizando la ausencia de un objeto primario, o como intermediario entre el mundo interno y el mundo externo del paciente. El paciente puede servirse de la obra de arte como puente y como objeto transicional para volver a inscribirse en la comunidad y volver a compartir sus significantes (Winnicott, en Marxen, 2011).

Creación Curación: Edith Kramer, describe los procesos involucrados en la actividad artística, diciendo que ésta tiene propiedades curativas intrínsecas. Según Marxen (2011), el trabajo creativo conecta a la persona con su propia fuerza, asumiendo el papel de creador. Siempre interesa más el proceso creativo que el resultado final. Pero para que se establezca la relación creación - curación, el hecho creativo debe darse en ciertas condiciones, esto es, el fenómeno que acontece durante la creación con fines terapéuticos.

2.6. Estudio de caso

2.6.1. Relato del proceso arteterapéutico

En el mes de septiembre fue la primera vez que nos vimos con Claudia. Hacía cinco meses le habían diagnosticado un cáncer de mama en el contexto de una hospitalización por la pérdida de un embarazo de pocas semanas de gestación. Había sido sometida a una cirugía para extraer el tumor y a los primeros cuatro ciclos de quimioterapia. Como viajaba desde su ciudad para control y tratamiento en la FALP, la opción para encontrarnos debía coincidir con estos viajes. Iniciamos el proceso cuando comenzaba la segunda ronda de cuatro ciclos de quimioterapia de tres sesiones cada una, con una frecuencia de una semanal, lo que permitía una disponibilidad de doce semanas para la intervención. Debido a la inestabilidad propia que genera la enfermedad y su tratamiento, nuestro trabajo juntas estuvo limitado a nueve sesiones, en las cuales realizó 8 obras. En diciembre de 2015, coincidiendo con el término de su tratamiento médico y, de acuerdo a lo acordado, concluimos el proceso de arteterapia. Cuatro semanas después, inició radioterapia, última etapa de su tratamiento.

Para una mejor comprensión, el relato del proceso fue dividido en fases, haciendo referencia al viaje de la individuación de Jung. En cada una de estas fases, se describen las sesiones que tuvieron una mayor significación durante el desarrollo del proceso terapéutico.

Fase Inicial. “La Llamada”.

Primera entrevista, Sesión 1 y 2

“La llamada levanta siempre el velo que cubre un misterio de transfiguración; un rito, un momento, un paso espiritual que cuando se completa es el equivalente de una muerte y de un renacimiento. El horizonte familiar de la vida se ha sobrepasado, los viejos conceptos, ideales y patrones emocionales dejan de ser útiles, ha llegado el momento de pasar un umbral”

Joseph Campbell. El héroe de las mil caras. (1949, p. 37)

Durante la primera etapa de diagnóstico y tratamiento, Claudia privilegió los aspectos médicos por sobre las variables emocionales. Como funcionaria del área de la salud, se orientó a estudiar acerca del cáncer, y adoptó un rol muy activo en la relación con su enfermedad y con los médicos, llegando incluso, en ocasiones, a estar en desacuerdo con ellos. Esto le proveía la sensación de control y de estar “haciendo algo”. Se produjo lo que Solana (2005) dice, un repliegue de la energía psíquica hacia el propio cuerpo, para disponer de suficiente energía para responder y adaptarse a la realidad. El cuerpo y la enfermedad se volvieron el mundo de Claudia con el fin de asegurar la supervivencia.

Para el tiempo en que nos conocimos, la sensación de querer tener el control sobre su enfermedad, había dado paso a una sensación de pérdida y desamparo. Su vida había sido sacudida y desarraigada y, se encontraba inmersa en muchos cuestionamientos. Preguntas como: ¿va a ser mi hija y mi familia capaz de soportar esta situación?, ¿estoy en manos de un equipo médico competente?, ¿por qué enfermé?. Y pensamientos como: “solo quiero más tiempo”, “quiero ser yo quien cuide a mi hija”, “tal vez, después de esto ya no pueda tener más hijos”. Se encontraba en el centro de una experiencia de pérdidas múltiples, denominada “**duelo oncológico**” (Díaz, 2010). Se pierde una parte del cuerpo;

se pierde el ideal de futuro al sufrir una enfermedad que psíquicamente remite a la muerte; se pierde la lógica del vínculo con el otro por las transformaciones que la enfermedad y los tratamientos imponen a la relación.

Claudia tenía la vivencia de un antes y un después de la enfermedad, mencionando el tiempo anterior como su “ex vida”, y la percepción de su estado actual como suspendida en el tiempo, paciente y entregada a las circunstancias. Esta experiencia puede aludir a la herida en la personalidad que menciona Jung, con la que se activa el proceso de individuación. La conmoción que produce el diagnóstico de cáncer, y sus consecuencias físicas y emocionales, puede ser una **llamada** que despierta, en donde tendrá que hacerse cargo de los cambios y transformaciones desencadenadas por la enfermedad, implicando llevar a cabo una serie de movimientos, muchas veces de forma inconsciente, para que la herida afectiva cicatrice.

En esta fase el objetivo principal fue generar condiciones de confianza y contención que permitieran establecer un vínculo terapéutico entre ambas. Otorgar un espacio seguro para acoger y apoyar el proceso de aceptación y elaboración de la enfermedad y sus consecuencias.

Los materiales de arte le fueron ofrecidos para explorar y expresarse a través de ellos, poniendo el énfasis en su mundo interno. Siendo, a su vez, la expresión artística un elemento contenedor por sí mismo.

El espacio terapéutico y el modo de trabajo se fueron construyendo en conjunto. Como la experiencia terapéutica ocurre en el momento presente y en un contexto específico, se tomaron algunos acuerdos iniciales que se modificarían según las necesidades de más adelante. Claudia optó por el trabajo directivo y sólo con lápices, vinculado al estado de mucho cansancio físico y emocional que sufría en ese momento. Sin embargo, manifestó la disposición a profundizar en su experiencia, y usar el arte para explorar e integrar problemas vitales más profundos.

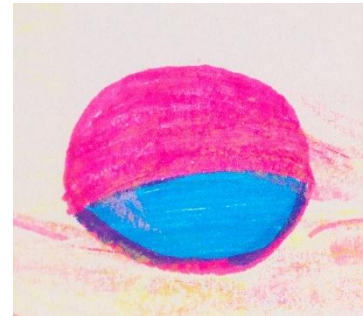
Me parece de vital importancia describir la primera sesión, para dar cuenta del inicio del proceso, el punto de partida del encuentro con el arte como lenguaje y como terapia.

Sesión 1

La sesión se realizó en la Unidad de quimioterapia durante la administración del tratamiento. Hicimos una evaluación de su estado actual y un recuento de lo conversado en la entrevista anterior, a modo de introducción al trabajo. Vinculado a los temas conversados, la invité a explorar con los materiales artísticos a partir de la consigna de expresar cómo se sentía hoy. Realizó un dibujo con pasteles grasos y lápices scripto sobre papel.

Los principales objetivos de la sesión se relacionaron con; proveer un espacio seguro de contención emocional; propiciar la creación de vínculo terapéutico y, cambiar el foco de atención durante las sesiones de quimioterapia.

Claudia abordó la tarea con cierta resistencia inicial a empezar el proceso creativo, a pesar de manifestar que le gustaba mucho dibujar, enjuició su trabajo como infantil, y sus capacidades para hacerlo. Elaboró un dibujo en el que parecía no prestar mucha atención, centrada más bien en el relato de su situación actual. Cada uno de los elementos del dibujo fueron elaborados suavemente, y repasados una y otra vez, completando los espacios, dando la impresión de acariciar el papel con el lápiz mientras hablaba.



Como dice Touson (2002), la persona vuelca en el papel lo que su presente le permite, tal como sale de sí. La obra resultante contenía un conjunto de elementos, algunos vinculados a su relato y a sus sentimientos con respecto a su hija; como la mano pequeña, el nombre de su hija y los copos de nieve, que aluden a la experiencia reciente de la decoración que hizo para su cumpleaños. Y, otros elementos, como el fondo de colores suaves y forma ondulante, o la bola de dos colores que pintó con lápiz scripto (únicos elementos dibujados con otro tipo de lápiz), que parecen tener un contenido más inconsciente; si bien fueron expresados en el papel, no encontraron un significado claro en lo verbal. Esto puede tener relación con que la representación simbólica resulta menos amenazante que la comunicación verbal, el lenguaje de las imágenes es más indirecto y, por este motivo, puede proporcionar más seguridad y contención, para expresar elementos que aún no alcanzan la conciencia (Marxen, 2011).

La preocupación por los otros, por su familia y principalmente por su hija pequeña, inundaron su relato. El principal emergente de la sesión, fue el temor a sobrecargar a su hija con las preocupaciones relacionadas con su enfermedad, y el tiempo que disponía para ella. Así como la incertidumbre acerca de proyectos futuros con su familia y amigos.

Los efectos psíquicos generados por la incertidumbre y las múltiples pérdidas asociadas a este proceso, cobraron una relevancia mucho mayor que los efectos físicos de la enfermedad, temas que no aparecieron en esta primera aproximación. Como menciona Díaz (2010), la enfermedad no puede existir separada del sujeto enfermo, y el padecimiento de éste no se restringe a la alteración física del organismo. Hay un sufrimiento que sobrepasa la expresión del dolor físico.

Fase Intermedia. “La Percepción de la sombra”.

El camino de las pruebas

Sesión 3 a la 5

“Una vez atravesado el umbral, el héroe se mueve en un paisaje de sueño poblado de formas curiosamente fluidas y ambiguas, en donde debe pasar por una serie de pruebas... (p. 61)

...ésta es la segunda etapa del camino, la de “purificación del yo”, cuando los sentidos están “humillados y limpios”, y las energías e intereses concentrados en cosas trascendentales (p. 65).

...El héroe trasciende la vida y su peculiar punto ciego, y por un momento se eleva hasta tener una visión de la fuente” (p. 87).

Joseph Campbell. El héroe de las mil caras (1949)

La quimioterapia ataca químicamente las células malignas, al mismo tiempo que afecta a las células sanas ocasionando efectos secundarios como la caída del cabello o la infertilidad transitoria (Díaz, 2010). También puede producir náuseas, vómitos, pérdida de apetito, cansancio y propensión a las infecciones. Por estos motivos el tratamiento

programado puede sufrir retrasos, con el fin de que el paciente se recupere y se encuentre en condiciones de poder enfrentar la siguiente sesión de tratamiento.

En esta fase se hizo patente que el cuerpo del enfermo está a disposición del hospital. Como dice Solana (2005), el seguimiento médico requiere del cuerpo orgánico del enfermo y le impone numerosas exigencias; desde exploraciones intensivas, múltiples pruebas y reconocimientos, hasta intervenciones más o menos agresivas.

Debido a la fragilidad en el estado de salud de Claudia, el tratamiento médico fue suspendido una semana. A la semana siguiente, el pase médico para realizarse la quimioterapia no fue dado hasta el mismo día, antes de la hora programada. Para ese entonces la modalidad para confirmar la sesión de arteterapia que habíamos acordado, consistía en llamarla por teléfono el día anterior. Ante la incertidumbre de realizarse la quimioterapia y la angustia que le provocaba esta situación, el tener que decidir sobre vernos o no, parecía ser una carga extra, que no estaba contribuyendo a calmarla, ni a sentirse contenida. La delicadeza del cuadro, requería también delicadeza en el vínculo, que recién se estaba conformando. Se estaba poniendo a prueba su cuerpo y requería de mi compasión como terapeuta y como ser humano. Acordamos suspender una semana más.

En esta fase el viaje se convierte en una jornada de oscuridad, horror y temores fantasmagóricos. Desaparece una profundidad tras otra de las ignorancias de sí mismo, con el terapeuta representando el papel del ayudante, del chaman iniciador. El terapeuta y el vínculo cobran un rol trascendente en el acompañamiento a las profundidades y en la ayuda a pasar por este viaje transformador.

Como menciona Jung (1995), si dirigimos la atención al inconsciente, sin suposiciones temerarias o rechazos emotivos, con frecuencia se abre camino mediante un torrente de imágenes simbólicas que resultan útiles. Pero a veces, ofrece primero una serie de comprobaciones de lo que está mal en nosotros y en nuestros actos conscientes. La agonía de romper las limitaciones personales, es la agonía del crecimiento espiritual.

Una vez retomado el proceso arteterapéutico, Claudia se arriesgó a revelar verbal y no verbalmente aquellos deseos y miedos que habían estado escondidos o reprimidos. Aparecieron también resistencias y defensas.

El centramiento en el cuerpo producto de la enfermedad y sus consecuencias, hacía que Claudia estuviera atenta a cualquier mínima sensación corporal, lo que en ocasiones tomaba una significación inundada por la inquietud y la angustia. El temor principal ante el retraso en el tratamiento, tenía que ver con dar tiempo a las células cancerígenas para reproducirse. Experimentando ante este temor una serie de sentimientos de pérdida; pérdida de proyecto de vida, se había producido una ruptura del plan de vida que explícita o implícitamente se había formulado. Pérdida de sentimiento de igualdad de condiciones, sentía dolorosamente que la enfermedad era una marca que la diferenciaba radicalmente de las demás personas. Pérdida de identidad, había dejado de sentirse y valorarse como lo hacía antes de concebirse como enferma. Pérdida de control, consideraba que sus acciones y decisiones no repercutían en el control del curso de su enfermedad.

Los objetivos que condujeron esta fase fueron profundizar y fortalecer el vínculo terapéutico, para facilitar la simbolización y resignificación de las emociones emergentes de su vivencia, a través de la experiencia creativa.

Esta fase representó un cambio significativo en la experiencia vital de Claudia. Para Jung la sombra contiene generalmente valores necesitados para la consciencia, representa cualidades y atributos desconocidos. Cuando un individuo hace un intento para ver su sombra, se da cuenta de cualidades e impulsos que niega en sí mismo, pero que puede ver claramente en otras personas. Además, en algún sitio, en el mismo fondo de nuestro ser, generalmente sabemos dónde hemos de ir y que hemos de hacer (Jung, 1995).

A través del arte fue posible pronunciarse sobre lo siniestro, lo imposible y lo prohibido, transformando los pasajes más ocultos de su naturaleza humana. La expresión del inconsciente de manera sublimada.

En esta fase resulta relevante destacar las 3 sesiones, la primera porque se reanudó el proceso después de dos semanas de suspensión, se retomó el vínculo y se renovó el encuadre y, las otras dos porque son complementarias y dan cuenta de un cambio central en la experiencia de Claudia.

Sesión 3

Después del receso de dos semanas, reanudamos el proceso en el box de quimioterapia, con un retraso en la atención de 45 minutos, tiempo en el que la acompañé y conversamos en la sala de espera.

En la búsqueda de un armónico equilibrio entre la estabilidad y el cambio, al retomar el proceso, hubo un cambio en el encuadre. La estabilidad me permitió empatizar con ella y, el cambio necesario, discriminar los límites y las posibilidades del sistema al que me incorporaba. Tomando en consideración que el tener que decidir sobre vernos o no, dado la incertidumbre de sus atenciones de quimioterapia, la ponía en una situación de incomodidad, acordamos que yo estaría presente en el día y hora establecida independiente de esta confirmación. Además de otorgarle la libertad de decidir la continuidad del tratamiento de arteterapia, o de la no realización de alguna sesión. Esto generó en ella la sensación de alivio al sentirse comprendida.

A partir de la inestabilidad de nuestras sesiones, le propuse un recurso que podía llevar con ella independiente de sus viajes a la FALP, la utilización de una bitácora personal para expresar a través del lenguaje escrito y/o artístico, lo que decidiera plasmar acerca de sus vivencias. Esto, como instrumento canalizador y que serviría como herramienta de trabajo en las próximas sesiones si quisiera compartirlo.

La invité a explorar con otros materiales, de los cuales eligió trabajar con goma eva cortada y pegada sobre papel. Trabajó activamente en su obra y por primera vez en silencio.

Los objetivos de la sesión fueron fortalecer el vínculo a través de acoger y apoyar el proceso de aceptación de la enfermedad y sus consecuencias. Así también, contener y resignificar las emociones emergentes de la experiencia creativa.

La sesión comenzó con una relajación corporal y posterior imaginería centrada en la luz y la oscuridad, y la percepción del mundo desde estos distintos momentos. Claudia, escogió los materiales, haciendo un reconocimiento a través del tacto de los distintos tipos de papeles disponibles. Trabajó absorta en su labor, minuciosamente, sin hablar acerca de lo que estaba creando.



Tomando en consideración el nivel de angustia expresado por Claudia al inicio, la creación de una imagen abstracta hace pensar en el arte como lenguaje indirecto que ofrece una contención simbólica.

La textura del material, los colores vinculados a las emociones, la forma circular y compacta hablaban por ella, antes de que fuese verbalizado su contenido. Jung (1995) plantea que dibujar un motivo nuclear, circular o cuadrangular simboliza el importantísimo centro de la psique. Según Jung et al. (1955), el símbolo mandálico no es solo expresión, sino que también tiene efecto. Reacciona sobre su autor. La imagen tiene el objeto manifiesto de trazar un círculo protector, o surco mágico alrededor del centro de la personalidad más íntima, para impedir o rechazar la distracción por lo externo. Es decir, un retrotraer, sostenido y facilitado por medio del proceder gráfico, de la atención, a un

recinto sacro interno que es origen y meta del alma. Sólo mediante el símbolo puede lo inconsciente ser alcanzado y expresado, lo oscuro da nacimiento a la luz.

En la reflexión, Claudia expresó que la visualización dio paso al surgimiento de la imagen de una escena familiar, donde estaban su marido, ella y su hija, reunidos alrededor de una mesa, de noche y alumbrados con velas. Las emociones evocadas por esta escena fueron de amor, intimidad, cobijo, calor y, a la vez, la fuerte necesidad de proteger ese núcleo, de permanecer intactos ante la amenaza de la muerte y la catástrofe del cáncer. En esta creación, la obra constituyó una imagen encarnada, representaba una experiencia sentida y, simbólica, pudiendo simbolizar un encuentro con su verdadero sí mismo.

Al momento del cierre, fue interrumpida la sesión por personal de enfermería, argumentando que era necesario desocupar rápidamente el lugar para la atención de otro paciente.

El papel del arteterapeuta en una institución hospitalaria requiere de flexibilidad para adaptarse a este contexto, sobre todo cuando la sesión de arteterapia se lleva a cabo simultáneamente con un procedimiento médico. Una excesiva rigidez en la postura podría causar hostilidad en el personal médico, sin embargo, es necesario velar por mantener el encuadre mínimo para no impedir el trabajo arteterapéutico.

Sesión 4

Nuevamente hubo una suspensión de la sesión, esta vez por un cambio en la hora de quimioterapia. En la conversación telefónica le reforcé la idea de la bitácora, como un puente entre sesión y sesión, que además servía de contenedor en momentos especialmente difíciles. Claudia parecía estar más tranquila y más activa y, para la próxima sesión ella propuso realizarla en el depto. de Calidad de Vida, en el tiempo entre el control médico y la sesión de quimioterapia. Esta opción nos permitía tener mayor privacidad y tranquilidad al realizar el trabajo en un setting más adecuado.

Como lo habíamos programado, la siguiente sesión se realizaría entre el control con el médico y la quimioterapia, no obstante, la sesión se atrasó debido al atraso en la atención médica. Una vez iniciada la sesión en Calidad de Vida, Claudia recibió una llamada adelantando la hora en la quimioterapia, por lo que hubo que interrumpir lo que estábamos haciendo y trasladarnos a ese departamento para continuar con la sesión. Una vez ahí, fue necesario permanecer en la sala de espera, todavía, por 20 minutos más hasta que fue ingresada. Cuando estuvo recibiendo su tratamiento en el box, entonces fue posible ingresar para continuar con la sesión. Terminó el trabajo en la sala de quimioterapia.

En este contexto de mucha inestabilidad, cual equilibrista, logramos mantenernos sin caer y sostener el hilo conductor de la sesión, el espacio arteterapéutico se trasladó con ella. La capacidad de poder cambiar sobre la marcha una estrategia o postura que no se adapta a la situación terapéutica presente, más allá de lo planificado previamente, requiere el desarrollo de una actitud flexible y de un aprendizaje de la creatividad que permiten un margen de improvisación en la terapia. En el contexto hospitalario esto parece cobrar un sentido que va más allá de las necesidades del paciente, sino también de las características de la institución. Por otro lado, como dice Solana (2005), el cuerpo del enfermo está a disposición del hospital, en donde el énfasis está puesto en las condiciones del cuerpo enfermo, más allá de la persona que padece la enfermedad.

La bitácora personal, resultó otra herramienta que permitió la continuidad del proceso a pesar de las interrupciones. En este ejercicio, que utilizó en momentos de mucha angustia, Claudia se vio confrontada con el reconocimiento de emociones rechazadas por ella. A partir de este relato, se profundizó la experiencia y se desarrolló el trabajo artístico.

Los objetivos de la sesión fueron; contener y resignificar las emociones emergentes de la experiencia creativa. Y, acoger y apoyar durante el proceso de aceptación de la enfermedad y sus consecuencias.

La sesión comenzó con una relajación y una posterior visualización centrada en el cuerpo y sus sensaciones y, el reconocimiento, en el cuerpo, de las emociones aceptadas y rechazadas. La estimulé a explorar con la pintura, escogió acuarela.

Su temor a lo que ella pensaba que su mente podía hacerle a su cuerpo, aumentaba la angustia normal que experimentaba como parte de su enfermedad. Aparecieron sentimientos de envidia, rabia, impotencia y frustración y la resistencia a aceptar la enfermedad. A la vez que emergía con fuerza el temor a que estos sentimientos “horribles” esparcieran el cáncer a través de todo su cuerpo, inundando y destruyendo la vida.

La creación artística estaba compuesta por manchas de colores suaves y cálidos, unidas y de formas ondulantes, pintadas con acuarela. Al centro, un círculo negro con líneas que iban del centro hacia afuera por encima de los colores, pintado con pastel graso. Y la denominación de cáncer en términos médicos: “Ca”, como título.



La obra simbolizaba la percepción del cáncer como una bomba que explota en el centro de la vida.

El trabajar los sentimientos rechazados, la hicieron sentir mejor con respecto a su vida y el sufrimiento presente. La agonía de romper las limitaciones personales, es la agonía del crecimiento espiritual y, el arte es un instrumento que ayuda al individuo a pasar de sus horizontes limitados a esferas de realización siempre creciente (Campbell, 1949, p 111). El reconocer esto, implicó el primer paso para la posterior aceptación e integración de la sombra.

La obra fue iniciada en calidad de vida y terminada en quimioterapia. Dado el tiempo utilizado en el traslado de un lugar a otro, la reflexión y verbalización no alcanzaron a realizarse, quedando pendientes para la sesión siguiente. Claudia propone activamente vernos la próxima semana en Calidad de vida antes de la quimioterapia.

Sesión 5

En esta sesión el orden y la estabilidad del contexto volvieron. La sesión se realizó en Calidad de Vida, sin interrupciones, en un box privado y en un setting adecuado.

Los objetivos de la sesión fueron acoger y resignificar las emociones emergentes de la experiencia creativa de la sesión anterior. Y, apoyar durante el proceso de aceptación de la enfermedad y sus consecuencias.

Se realizó una observación reflexiva de la obra de la sesión anterior. El análisis dio cuenta de que, para Claudia, los colores representaban las emociones “sanas”, variadas, y aceptadas y, el círculo negro al centro de la obra, con las líneas hacia los extremos, representaba la explosión que el cáncer causó en su vida. Al tomar distancia, pudo examinar y considerar con atención que las líneas negras no cubrían todos los colores, incluso hubo colores que ni siquiera fueron tocados por esta explosión, quedando sorprendida por lo que había expresado en la obra.

La propuesta de esta sesión fue lo que la Touson (2002), plantea como la fase de elaboración, en el sentido de ordenar, mejorar, enriquecer o embellecer lo que había sido vertido en el papel. Las modificaciones que la persona introduce en su propio dibujo, devienen en un ensayo de nuevos paradigmas que podría implementar en la vida cotidiana. Aquí la persona asume la responsabilidad de su obra.

Para ello Claudia utilizó tempera y pintó con sus dedos. La intervención de la obra, permitió resignificar el sentido de la primera, integrando nuevos elementos que enriquecen la comprensión de la experiencia. El tiempo transcurrido entre una sesión y

otra también permitió tomar distancia de lo expresado en la obra y contuvo la posibilidad de la elaboración de aspectos no vistos.

El cambio que se introdujo parecía pequeño, pero no por ello menos efectivo. Claudia pinto el círculo y las líneas negras con sus dedos, realizando pequeños toques de colores, cubriendo todo lo que estaba marcado por el color negro. Pinto de verde también alrededor de la palabra “Ca”, que significa cáncer.



El proceso de pintar con los dedos la ayudo a focalizarse en el proceso. Fue capaz de “tocar” justo el centro y el límite del cáncer, cubriéndolo de color, experimentando una sensación de tranquilidad y, por primera vez, integrándolo a su vivencia. Al trabajar con la





pintura se dio cuenta que podía experimentar sentimientos de paz nuevamente, precisamente allí, donde estaba la oscuridad dentro de sí misma, había descubierto aliados que le suministraron fortaleza interna. La obra terminada expresaba el cáncer transmutado, enriqueciendo la vida, mostraba en el centro una intensa fuente de fuerza vital, un punto creativo, en

definitiva, vida que surgía desde el centro y que emanaba a todos los aspectos del sí mismo, integrando lo temido, el opuesto como parte de sí y, sintiendo que después de esta experiencia nadie podría salir igual. Ocurrió lo que Touson (2002), llama la fase de Apreciación, donde la imagen que fuera vertida durante la expresión y que ha sido modificada (reparada, ordenada, embellecida), durante la elaboración es reintroyectada o reincorporada.

Ambas fuimos testigos de una experiencia trascendente, lo que Campbell (1949) menciona como el proceso de disolución, o de transmutación de las imágenes de nuestro pasado personal. El momento en que la persona descubre y asimila su opuesto, su propio ser insospechado. Una por una comenzaron a romperse las resistencias al hacer a un lado el orgullo, la belleza y la vida e inclinarse o someterse a lo absolutamente intolerable.

Fue un momento de crecimiento y reparación. Esta obra se convirtió en el trabajo más significativa para Claudia.

Fase Final. “Integración e Individuación”.

El regreso

Sesión 6 a la 8

“Cuando la misión del héroe se ha llevado a cabo (...), el aventurero debe regresar con su trofeo trasmutador de la vida. El ciclo completo, requiere que el héroe empiece ahora la labor de traer los misterios de la sabiduría, al reino de la humanidad, donde la dádiva habrá de significar la renovación de la comunidad, de la nación, del planeta o de los diez mil mundos”.

Joseph Campbell. El héroe de las mil caras (1949, p. 113)

Para esta fase Claudia se encontraba mucho más activa en su proceso, más propositiva y optimista. Estaba en el último ciclo de quimioterapia y los efectos del tratamiento resultaban más llevaderos. Todo este período realizamos las sesiones de arteterapia en Calidad de Vida antes de su sesión de quimioterapia, esto significaba para ella, viajar muy temprano en la mañana desde su ciudad para llegar a nuestro encuentro. Otras veces, viajó el día anterior quedándose donde una amiga, situación que le devolvía la autonomía y le otorgaba un espacio de reencuentro con la vida social.

La pesada carga del cáncer en su vida estaba dando paso a una sensación de mayor liviandad. Estaba dejando de sentirse culpable por los demás y se encontraba en un período de aceptación gradual de sí misma y de su imagen corporal, había empezado a valorarse por lo que era, más que por lo que hacía por los otros. Las pérdidas experimentadas anteriormente, comenzaban lentamente a ser superadas una a una, reintegrándolas a su vida actual. Después del viaje hasta ahora recorrido, estaba en un proceso de aceptar su destino, en donde parecía ser conducida por su voz interior hacia el camino de regreso. Sin embargo, la partida original a la tierra de las pruebas representa

solamente el principio del sendero largo y verdaderamente peligroso de las conquistas iniciadoras y los momentos de iluminación (Campbell, 1949). Por lo que, Claudia tendrá que enfrentar muchas pruebas, antes que su ego pueda establecer una identidad firme y mantener una relación duradera con el principio de su guía interior (Nichols, 1989).

Según Solana (2005), durante el tiempo de tratamiento de la enfermedad los pacientes tienen la sensación de control tanto por ellos mismos, y especialmente por parte de los médicos, protección que se perderá al regresar a la normalidad diaria. Claudia, una vez finalizados los tratamientos deberá enfrentarse a la sociedad con su nueva experiencia de vida y soportar el golpe de la respuesta, de las dudas razonables, de las aprehensiones y de la dificultad de la gente para comprender. Como menciona Campbell (1949, p. 130), *“El héroe que regresa, para completar su aventura debe sobrevivir al impacto del mundo”*.

Esta fase implica el fin del proceso, la preparación para la separación de terapeuta y paciente. Es un proceso difícil, en el cual es importante hacer una revisión de las obras, evaluar el proceso terapéutico y crear un trabajo artístico que lleve implícito el fin de la terapia.

Para esta fase final el objetivo principal fue, explorar y promover la integración de problemas vitales no resueltos, de modo de transformar la experiencia hacia una perspectiva curativa. Acompañar y preparar el proceso de cierre y separación.

En esta fase resulta relevante destacar la sesión 6 y la sesión final de cierre.

Sesión 6

Claudia llegó con una actitud mucho más activa que las sesiones anteriores. Había viajado sola a Santiago el día anterior y se había quedado en la casa de una amiga. Después del control con el médico el día anterior, había salido a caminar y vitrinear libros y cosas para su hija. Se notaba de buen humor y hacía bromas acerca de las ventajas de no tener pelo, y que le dieran el asiento en el metro. También me contó que sus amigas

compañeras de trabajo le habían regalado una peluca, y que había disfrutado probándose varias para elegir una, además sentía que ahora podría acompañar nuevamente a su esposo a reuniones sociales sin sentirse tan observada.

Los materiales ofrecidos esta sesión fueron dirigidos, se puso sobre la mesa arcilla, greda y plasticina. El objetivo fue que utilizara por primera vez un material que permitiera una obra tridimensional, la arcilla fue elegida por que es un material que no tiene ninguna estructura, sino que es Claudia quien debe dársela, esto le permitió experimentar la realidad y ofrecer resultados visibles. Aun cuando parecía no sentirse tan agradada con el material, se mostró dispuesta a trabajar con la arcilla.

Tanto en la elección de los materiales como en las actividades propuestas, mi rol como arteterapeuta fue precisamente impulsar a Claudia a ir más allá de lo que creía capaz de hacer, catalizando en el presente aquella información que la hacía percibir los recursos con que contaba y los límites que se imponía a sí misma.

Los objetivos de la sesión fueron ampliar su experiencia creativa, a través de la exploración sensorial con un material nuevo. Explorar y promover la integración de aspectos no vistos de sí misma y problemas vitales no resueltos, de modo de transformar la experiencia hacia una perspectiva curativa.

Iniciamos la sesión con una relajación y una imaginería positiva, visualizando un recorrido por los órganos de su cuerpo comenzando a sanar, inoculando esperanza y confianza en su recuperación. En un segundo momento, se dio paso a una exploración sensorial con el material con ojos cerrados. Como la construcción y comprensión de una creación artística requiere un encuentro con uno mismo, se planteó realizar un autorretrato con la arcilla, para trabajar la aceptación e integración de nuevos aspectos a su identidad.

Como en la mayoría de sus trabajos, Claudia aborda la creación de su obra, con suavidad, utilizando un pequeño pedazo de arcilla y amasándolo con delicadeza, como acariciando la masa. El trabajo artístico permite dirigir la atención hacia el interior, hacia lo que cree o siente, le permite examinar con detalle las propias ideas antes de que surjan en forma de una imagen visual. La obra creada habla y en su presencia a Claudia se le permite ver lo que ha dicho.





La obra terminada logra un impacto en dos direcciones, por un lado, como proceso de creación; por otro, como producto de esa creación, es decir, como espectador de la obra artística. En este sentido, otorga la flexibilidad para contemplarla desde distintas ópticas, la producción artística contiene la posibilidad de un nuevo principio de realidad.

A partir del trabajo con la arcilla, Claudia reconstruye una imagen simbólica de su cuerpo, a la cual ya no se resiste, e instaura también una nueva relación con el otro en la que su mirada y su contacto no representan la amenaza percibida en los primeros momentos de la enfermedad.

El globo aerostático, en actitud de comenzar a elevarse y ver todo desde arriba, contiene el símbolo de que Claudia encuentra restituida su libertad de ser lo que debe ser, produce entonces formas que constituyen un orden por cuenta propia y existen en armonía con las leyes de la belleza. Denota también, la voluntad de ir hacia un porvenir distinto que revela el sentido mutable y permanente de su propia existencia. Al contemplar su obra, comenta; “Me estoy empezando a dibujar”.

Sesión 8

Nos encontramos por última vez para evaluar y finalizar el proceso arteterapéutico. Finalizaba además una etapa importante de su tratamiento médico. Claudia llegó muy contenta porque le quedaba la última sesión de quimioterapia, y por las buenas noticias que le habría reportado el médico en la consulta del día anterior, lo que se traducía en la reducción del tratamiento con radioterapia de cinco a tres semanas, tratamiento que se llevaría a cabo solo en prevención por ser una persona joven, porque los estudios médicos daban cuenta de que ya había sido superado el cáncer.

La creación del trabajo artístico de esta última sesión llevaría implícito el cierre de la terapia. Estaban a su disposición todos los materiales y sobre la mesa estaban ubicadas las obras realizadas durante el proceso. Le pedí hacer un montaje con ellas del modo que estimara conveniente y utilizando los materiales que quisiera.

Los objetivos de esta sesión fueron la evaluación del proceso, cierre y despedida.

Como preparación para el final del proceso y la separación de terapeuta y paciente, la evaluación del proceso arteterapéutico a través de la contemplación de las obras, deviene en un modo de exponer a los ojos de Claudia, y a su experiencia sentida, la transformación personal acontecida en este tiempo.

Claudia montó sus obras, las pegó en la pared siguiendo una secuencia ascendente, y un orden de acuerdo al impacto que habían significado en su proceso. Sus primeras obras, en la parte inferior, sentaban la base de las últimas, su obra principal estaba arriba y su autorretrato al centro “elevándose”. Al contemplar sus creaciones, hizo una retrospectiva de los distintos momentos de su enfermedad y de cómo fue evolucionando e integrando aspectos rechazados de sí misma, de los cambios en el modo de ver la vida y del sentimiento de plenitud y autovaloración por haber sido capaz de atravesar y superar esta etapa.



La orientación de Claudia ya no era solo hacia los otros, pudo verse y reconocerse con mayor claridad, despojada de antiguas formas de actuar y de hábitos limitantes. La experiencia le ayudo a traspasar esas limitaciones, llevándola a mirar dentro de sí misma para atender a sus propias necesidades, aun cuando los otros pudieran tener expectativas diferentes para ella. Gradualmente aprendió a integrar esas nuevas formas de ser y de relacionarse con los demás. Ante la experiencia de que su vida había sido sacudida por la enfermedad, llegó un punto donde el mirarse hasta el fondo de su ser, redescubrirse y aceptar la vida tal como venía resultó esencial para aliviar su sufrimiento. La experiencia puede resumirse en una frase dicha en esta sesión final; “la enfermedad no me mató, solo me remeció”. Ahora su vida estaba enriquecida, ya no sería la misma.

Las obras constituyeron un registro fiel del proceso. Con la ayuda de las imágenes pudo integrar los aspectos fragmentados de la vida y proveer un punto de partida para la reinsertión en la vida normal. El arte había logrado ser un puente de comunicación entre su mundo interno y el mundo exterior. Y valoraba el arteterapia como una ayuda importante que la impulsó a comprender y transformar lo que estaba viviendo.

El rito final de cierre consistió en el traspaso de lo que había depositado en el terapeuta y en sus creaciones durante la terapia, había llegado la hora de soltarse de la mano que la acompañó por un tiempo en este viaje, de “elevarse y mirar desde arriba” para integrar y hacer suya la responsabilidad de su nueva relación con la vida.

Hasta ahora, en el rol de arteterapeuta, había sido yo la responsable de guardar las obras cuidadosamente. Al devolverle sus trabajos al final del proceso, Claudia como paciente y creadora, estaba en condiciones de decidir conscientemente que hacer con ellas, constituyendo con este acto la finalización del proceso arteterapéutico.

2.6.2. Análisis y Discusión

Análisis de las creaciones plásticas

Las creaciones artísticas de Claudia constituyen un registro de su proceso. Su primera obra daba cuenta de contenidos concretos y elementos más inconscientes, aparentemente desconectados entre sí, demostrando una vivencia fragmentada, difícil de integrar. Los lápices, y el tamaño del formato de soporte más pequeño elegido, pueden ser indicadores de la necesidad de tener control sobre la situación, los materiales son conocidos y controlables donde ella podría mantenerse a resguardo de sus propias emociones.

Después de las complicaciones en su estado de salud y las interrupciones en el proceso, Claudia atravesó por momentos de mucha angustia, temor y sufrimiento. Sus obras, en este periodo se volvieron más abstractas y simbólicas, entraba en el proceso creativo casi sin hablar, inmersa en la tarea, sus obras hablaban por ella primero. Lo que Claudia fue expresando, en la medida que realizaba la producción artística, era muy difícil de lograr con el mismo nivel de profundidad a través de la palabra sola. Esto se observó en tanto fue relacionando su discurso a las imágenes que elaboraba, y en las reflexiones que daba mientras las procesaba.

El contenido de sus obras también evolucionó desde una posición de desamparo, a contenidos vinculados a sus emociones más profundas y puras; el miedo, la rabia, la envidia, la resistencia a aceptar la realidad. El cáncer apareció como una bomba que explota en el centro de la vida, fue expresado en la pintura primero y posteriormente nombrado, dejando de ser un fantasma, ahora estaba volcado en el papel, se podía ver, tocar y transformar. El proceso de intervenir precisamente esta obra, significó traspasar un umbral, un salto cualitativo que marcó un antes y un después en la terapia. Utilizar sus dedos para pintar precisamente aquello que más rechazaba, usar el tacto, el contacto, la piel desnuda, sin herramientas de por medio, también fue un símbolo que tuvo

implicancias mucho más allá del simple hecho. En este acto, reparó el impacto primero del cáncer en su vida, cubriéndolo de colores, suavemente, tocando un punto a la vez, hasta convertir esta obra en la más importante de su proceso.

En la última fase de la terapia, demostró mayor flexibilidad en cuanto a explorar otros materiales, y una apertura a expresar en sus obras una mayor aceptación de sí misma. En los contenidos empezó a aparecer ella, “comenzando a dibujarse”, como apareciendo y viéndose por primera vez desde hacía mucho. La muerte y el nacimiento, como dice Campbell (1949); un globo (o huevo) en el trabajo con arcilla, una imagen suave y delicada, sin cabello y sonriente, llena de colores, en la última.

El montaje final le devolvió a ella todo lo que había vertido en el proceso, contemplando la transformación del viaje y atesorando sus obras como riquezas.

Observación de la relación terapéutica

Tomando la idea de Ceberio (2000) de que terapeuta y paciente contribuyen al diseño del problema y a su posterior reformulación por múltiples vías, intenté reconocer aspectos propios en el proceso. Procure para ello, situarme en una meta comunicación que me permitiera hablar y pensarme a mí misma en cuanto a creencias y definiciones de las cosas, de los problemas y de la relación con Claudia. De ésta manera, cobró mayor sentido la necesidad de desprejuicio y de una mirada fenomenológica, sólo así podía estar alerta a mis propias recurrencias y también a mis “saltos” y cegueras que se producían de manera espontánea.

La experiencia única e irrepetible que implicó el contacto con Claudia como paciente, significó también la reflexión con respecto al vínculo. Cuestionarlo, ponerlo en duda una y otra vez, para en la práctica conocer mis propios límites y particularidades. Tarea difícil la de acompañar sin colonizar, estimular sin determinar, exige creatividad y rigurosidad. Estas reflexiones me fueron permitiendo ampliar mis recursos y ensanchar los caminos para finalmente encausar el aprendizaje. La finalidad de aquello era dejar

abierta la puerta para sentirme más plástica y receptiva ante las instancias inusitadas de la dinámica terapéutica.

En cuanto a la relación triangular entre paciente, arteterapeuta y la obra creada, el ofrecer a Claudia los recursos artísticos en un contexto terapéutico, le permitió asumir una nueva perspectiva de afrontamiento ante sus emociones perturbadoras. Logró visualizarlas plasmando en el dibujo su vivencia, lo que le permitió, de alguna manera, tener acceso a su mundo interno, expresando y canalizando mejor estas experiencias, al tiempo que, al manipular los materiales o intervenir una obra ya echa, pudo resignificar y posteriormente integrar los aspectos fragmentados de su vida.

Por otro lado, el insertarme en una institución de salud como arteterapeuta, me exigió adaptarme al contexto y reconocer las prioridades y, sin embargo, velar por mantener el encuadre mínimo que asegurara, para la paciente, la posibilidad de un proceso creativo. El arte estaría en lograr un equilibrio entre negociar ciertas normas imprescindibles sin caer en la rigidez.

Evaluación de los objetivos arteterapéuticos planteados

El foco primario en el proceso arteterapéutico con Claudia fue facilitar el **proceso de individuación**, en donde el énfasis estuvo puesto en la sanación de la vida, en lugar de la curación de la enfermedad. Ante la difícil tarea de Claudia, de sobrellevar el cáncer e integrar los cambios vitales impuestos por la enfermedad, el trabajo arteterapéutico hizo de puente entre su mundo interno y el exterior. Pudo ver que su enfermedad planteaba un desafío de no solo sobreponerse a sus síntomas físicos, sino también de tratar con los problemas de la individuación, tanto en los aspectos inconclusos o pendientes consigo misma y en las relaciones con los demás, como en su modo de estar en el mundo y en la creatividad personal.



Como estaba motivada por la urgencia del cáncer, fue capaz de efectuar cambios rápidos en su viaje vital. Al trabajar el torrente de emociones que acarrea su vivencia,

de a poco fue sintiéndose mejor con respecto a su vida y al sufrimiento presente. Sus creaciones artísticas guiaron el camino para su sanidad y el bienestar físico resultante fue considerado como un subproducto secundario posible de su crecimiento psicológico.

Mapa de las imágenes según trama asociativa

Semana	Sesión	Objetivos	Actividad Propuesta	Obra
1		<p>Establecer el primer contacto</p> <p>Acordar encuadre y modalidad de trabajo arteterapéutico.</p> <p>Proveer el espacio para crear vínculo terapéutico</p>	Primera Entrevista	
2	1	<p>Proveer un espacio seguro de contención emocional.</p> <p>Propiciar la creación de vínculo terapéutico</p> <p>Cambiar el foco de atención durante las sesiones de quimioterapia.</p>	<p>Evaluación de lo conversado en la entrevista anterior.</p> <p>Invitación a explorar con materiales artísticos a partir de la consigna de expresar cómo se siente hoy.</p> <p>Pastel graso y lápiz scripto sobre papel blanco.</p>	
3	2	<p>Proveer un espacio seguro de contención emocional.</p> <p>Creación de vínculo terapéutico</p> <p>Cambiar el foco de atención durante las sesiones de quimioterapia.</p>	<p>Visualización de las emociones que están en el presente.</p> <p>Trabajo artístico con elección libre de materiales.</p> <p>Pastel graso y lápiz scripto sobre papel blanco.</p>	
4			Se pospone sesión por suspensión de sesión de quimioterapia	
5			Se suspende sesión por decisión de la paciente ante la incertidumbre en la atención médica.	

6	3	<p>Fortalecer el vínculo a través de acoger y apoyar durante el proceso de aceptación de la enfermedad y sus consecuencias.</p> <p>Contener y resignificar las emociones emergentes de la experiencia creativa.</p>	<p>Relajación y visualización centrada en la luz y la oscuridad, y la percepción del mundo desde los distintos contextos.</p> <p>Expresión artística a partir de la visualización anterior.</p> <p>Goma eva sobre papel blanco.</p>	
7			<p>Se suspende sesión por cambio de hora quimioterapia</p>	
8	4	<p>Contener y resignificar las emociones emergentes de la experiencia creativa.</p> <p>Acoger y apoyar durante el proceso de aceptación de la enfermedad y sus consecuencias.</p>	<p>Visualización reconocimiento del cuerpo y las emociones aceptadas y rechazadas.</p> <p>Pintura con acuarela.</p> <p>La reflexión y verbalización queda pendiente para la sesión siguiente por término de la sesión.</p>	
9	5	<p>Acoger y resignificar las emociones emergentes de la experiencia creativa de la sesión anterior.</p> <p>Acoger y apoyar el proceso de aceptación de la enfermedad y sus consecuencias.</p>	<p>Observación reflexiva sobre la obra realizada en la sesión anterior.</p> <p>Intervención del trabajo de la sesión anterior, pintura de dedos con tempera sobre pintura de acuarela.</p>	
10	6	<p>Ampliar su experiencia creativa, a través de la exploración sensorial con un material nuevo.</p> <p>Promover la integración de aspectos no vistos de sí misma de modo de transformar la experiencia hacia una perspectiva curativa.</p>	<p>Relajación y visualización centrada en el reconocimiento del cuerpo y sus sensaciones.</p> <p>Exploración sensorial con la arcilla con ojos cerrados.</p> <p>Autorretrato con arcilla.</p>	

11	7	<p>Dar libertad de expresión y juego con los materiales.</p> <p>Preparar para el cierre del proceso.</p>	<p>No directiva</p> <p>Se ofrecen distintos tipos de materiales disponibles para la libre elección</p>	
12	8	<p>Evaluación y cierre del proceso.</p>	<p>Montaje de las obras realizadas durante el proceso de arteterapia.</p>	

CAPÍTULO III

CONCLUSIONES

3.1. Síntesis del trabajo realizado a la luz del Marco Teórico y los Objetivos Terapéuticos planteados.

La multifactorialidad del cáncer cobra especial significación en el cáncer de mama. Los aspectos sociológicos y culturales asociados a esta enfermedad hacen que sea vista, por una gran mayoría, como una patología de pronóstico sombrío, mutilante, costosa desde el punto de vista económico, dolorosa a nivel de pareja, compleja a nivel familiar y una amenaza permanente, según el caso, tanto para las sobrevivientes, como para las madres, hermanas, hijas y nietas de éstas. Si a esto sumamos que las pacientes se ven enfrentadas no sólo a múltiples consecuencias psicosociales y familiares, sino que también a los tratamientos médicos, con sus respectivas secuelas, nos encontramos frente un escenario extremadamente complejo.

En ésta línea, el arteterapia propicia una conciliación entre la persona y su sufrimiento, al ayudar a transformar esa carga emocional en algo que le proporciona un significado y un sentido a la experiencia anteriormente considerada desagradable, es una forma de manifestación del espíritu que purifica las emociones. Además, dota a la persona de múltiples elementos y posibilidades de expresión fomentando su creatividad, la cual es indispensable a la hora de toma de decisiones y solución de problemas, situación a la que está continuamente expuesto el paciente con cáncer ya que debe tomar decisiones difíciles en sus tratamientos que en muchos casos implican pérdidas y morbilidad.

3.1.1. Individuación en la enfermedad

El beneficio potencial de la activación de la individuación puede ser amenazada si el paciente se enreda en una guerra de ganar o perder con el cáncer. Tal “guerra” solo sirve para generar sentimientos crecientes de culpa y fracaso.

Cuando el foco primario es facilitar el proceso de individuación, se considera el bienestar físico resultante, como un subproducto secundario posible de su crecimiento psicológico. En la experiencia con Claudia, los resultados positivos estuvieron basados en el énfasis del proceso psicológico de la individuación; no en una batalla mental para curar el cuerpo. El enfoque estuvo en la sanación de la vida, para avanzar desde una posición de desamparo hacia una de crecimiento positivo. Al experimentar el alivio necesario frente a su temor a la muerte y sus sentimientos de culpa por tener cáncer, las experiencias internas la reanimaron y le dieron la determinación de enfrenar los dolorosos desafíos de la individuación. Todos tenemos la oportunidad de lograr paz en el alma, cuando este es el énfasis, solo hay vencedores, a pesar de que la vida o la muerte sea el resultado.

Años de vivir como víctima de las necesidades de los otros antes que las propias. La experiencia le ayudo a traspasar esas limitaciones, llevándola a mirar dentro de sí misma para atender a sus propias necesidades, aun cuando los otros pudieran tener expectativas diferentes para ella. Gradualmente aprendió a integrar esas nuevas formas de ser y de relacionarse con los demás. Esencialmente, ella transformó la experiencia medular de sí misma como en función de los otros, a una de ser digna de ocupar un lugar en este mundo.

La individuación incompleta puede dejarnos con una sensación de fragmentación y un sentimiento de no haber vivido aquello que nos hace sentir más vivos. Sin embargo, al incorporar los elementos diversos y contradictorios dentro de nuestro mismo ser, experimentamos plenitud, un sentido de propósito, paz y gozo, después de largas y penosas luchas con nuestros demonios emocionales internos. Quienes logran elaborar los cambios producidos por la enfermedad, viven de modo menos traumático esta etapa

apelando a la creatividad, en el sentido de transformar la realidad activamente, conciliando las vivencias penosas, y tratando de darles sentido.

3.1.2. El rol de arteterapeuta

El arteterapeuta es un participante esencial del proceso de la terapia artística. “El arte tiene una escasa significación terapéutica si no intervienen o está presente un terapeuta, que suministra esencialmente el factor humano en el establecimiento de una relación terapéutica mediante una forma de arte (Dalley, 1984).

La relación terapéutica constituye un entramado siempre complejo de abordar. Al trabajar con pacientes con cáncer, la angustia que bordea cada momento de la relación, hace extremadamente delicado cada encuentro y la labor del arteterapeuta por ello intensa, difícil y delicada. La demanda del paciente incluye no sólo habilidades para curar y la técnica implícita, sino todo aquello que tiene que ver con el encuentro humano. Esto implica ser consciente de un aspecto central en la terapia; la persona del terapeuta. En este sentido, la capacidad de auto cuidarse, de autocriticarse y poder cambiar sobre la marcha una estrategia o postura que no se adapta a la situación terapéutica presente, más allá de lo planificado previamente, requiere el desarrollo de una actitud flexible y de un aprendizaje de la creatividad que permitan un margen de improvisación en la escena terapéutica.

La búsqueda de un armónico equilibrio entre la estabilidad y el cambio. Estabilidad que permite empatizar con el mundo: lenguaje de los pacientes, la construcción cognitiva, las creencias, las emociones y la técnica y, también, discriminar los límites y las posibilidades del sistema al que se incorpora. La mejor estrategia posible para cada caso depende de la creatividad del terapeuta: rigor e imaginación, como decía Gregory Bateson. Cada intervención tiene que ser elaborada como un buen traje: a la medida y al gusto de cada paciente, respetando la individualidad de ese ser humano que consulta.

Siendo nuestro rol último como terapeutas, aliviar el sufrimiento, creo firmemente, que nuestro trabajo debería enfatizar la renovación personal y la aceleración de la individuación durante la enfermedad, en una forma similar a los antiguos chamanes. Aproximarse a los pacientes como curadores compasivos, redescubriendo las actitudes antiguas hacia la enfermedad, además de técnicos rigurosos incorporando los conocimientos científicos actuales. Curar a través de nuestra compasión y capacidad para estimular la individuación y la plenitud, enviando mensajes poderosos de esperanza y gozo, las cuales impactan el alma, sea o no el resultado final, la salud o la muerte.

Así también, un aspecto que traspasa el quehacer como terapeuta, y se infiltra en la relación con los pacientes, se relaciona con el desafío que consiste en poder disfrutar de la tarea, lográndola abrazar con pasión y que no quede reducida a un mero trabajo que debe cumplirse cotidianamente.

3.2. Perspectivas y proyecciones de AT y Cáncer

La utilización de los recursos artísticos en el abordaje a pacientes oncológicos, resulta ser una herramienta de apoyo que permite la expresión de lo que sienten y piensan los pacientes, en relación a la carga emocional y psicológica que tienen que lidiar al enfrentarse a cada momento en las diferentes fases de la enfermedad.

No existe evidencia científica concluyente acerca de que los “malos sentimientos” causen el cáncer. Sin embargo, el trabajar esos sentimientos, probablemente hagan sentir mejor a las personas con respecto a su vida y el sufrimiento presente, y esta es una meta valiosa en sí misma.

El paciente con cáncer es un paciente que tiende a aislarse, ante esto la terapia del arte, por su carácter social y comunicativo, le da la posibilidad de reintegrarse y seguir formando parte de la sociedad. En general, ayuda a reducir el estrés y mejorar de manera global el bienestar y la calidad de vida de la persona, además de amortiguar la realidad y

en muchos casos, también cumple una función tanatológica, pues es una forma de aprender a bien morir.

Estas son razones importantes para expandir el conocimiento del arte como recurso terapéutico que permite acercar al paciente a su problemática de enfermedad de manera creativa y profunda, utilizando uno de los más antiguos y bellos abordajes que repercute en la esencia del ser humano, el arte.

3.3. Relación triangular en Arteterapia en el caso de estudio

El papel del arteterapeuta consiste en ayudar a abrir el proceso creativo de la persona, acompañar al paciente en la creación, acoger la producción sin juzgarla, ofrecer para este trabajo un marco confortable y seguro y crear una relación empática triangular – terapeuta, obra, paciente. Para poder crear, el paciente tiene que sentirse seguro y acogido (Marxen, 2013).

En el caso analizado en este trabajo, el vínculo se fue creando de a poco, poniéndose a prueba con los cambios exigidos por las circunstancias, trabajado y fortalecido en el viaje, lo que permitió un espacio de acogida y contención. A la vez fue un encuentro que la impulsaba a ir un poco más allá de lo que Claudia creía capaz de hacer, y simultáneamente, pretendía guiar un proceso cautelosamente, que sólo podía realizar ella por sí misma con su proceso creativo.

Se advierte en las sesiones que el discurso y la imagen se van entrelazando mutuamente haciendo que la obra tenga un sentido metafórico que, como expresión simbólica, permite encontrar una nueva revelación a un enunciado literal. La verbalización que acompaña cada trabajo explica esos sentimientos, acortando una secuencia larga de palabras y de tiempo, y evitando el desgaste de experimentar la sensación de nunca llegar a expresar lo que verdaderamente desea.

Así mismo, en la expresión artística se pueden abstraer aspectos relacionados con los sentimientos que carecen de nombre. La forma, la fuerza del trazo, el color, el tono y los materiales escogidos, son elementos que producen formas simbólicas que transmiten ideas de esa realidad que no tiene nombre. Es decir, con la imagen apareció algo que no hubiese sido dicho sino fuera justamente por la conexión con el dibujo.

Los dibujos y obras hechas por Claudia son de mucha simpleza, sin embargo, la sencillez de los trabajos artísticos no es proporcional a la profundidad emocional implicada y a la comprensión que va emergiendo a partir de ellos, Joseph Campbell (1949) decía: *“El sabor del océano está contenido en una gota y todo el misterio de la vida en el huevo de una pulga”*. El acercamiento a los aspectos más íntimos de Claudia permite dar cuenta cómo, por medio de los recursos artísticos, se alcanza un impacto profundo y certero de lo que muchas veces a ella en su estado de enfermedad le costaba entender y analizar, permitiéndole ver una nueva perspectiva de su condición que no resultaba ser tan agresiva en su pensamiento, como ella lo veía. El trabajo arteterapéutico, la ayudó a potenciar la expresión de pensamientos y emociones, mejorando el estado de angustia, ansiedad y temor ante la enfermedad. La imagen visual confrontada con el recuerdo del sentimiento, lo revive, lo hace presente y lo procesa, permitiéndole un control sobre la vivencia emocional.

Claudia al obtener la posibilidad de crear algo, no sólo hizo frente a su sentimiento de destrucción interna producida por la enfermedad, sino que también pudo rescatar la sensación de sentirse capaz de producir cosas. Por otra parte, si consideramos lo que acontece en la particular relación del ser humano con su cuerpo cuando se enfrenta a una enfermedad como el cáncer, Claudia sufría un deterioro en su identidad, así como un rechazo hacia sí misma y su imagen corporal, produciendo el proceso de duelo que conlleva una mutilación causada por la misma enfermedad y por las intervenciones médicas que buscan tratarla. En ese sentido, el trabajo arteterapéutico le permitió una identificación importante con aspectos de sí misma, como una vía de autorreconocimiento y autoaceptación.

El trabajo arteterapéutico logró el acompañamiento en el proceso oncológico de Claudia, le permitió reflexionar, redescubrirse, manifestar y expresar sin temores sus necesidades, reincorporar la esperanza de un futuro y ver una nueva perspectiva de afrontamiento a su condición, poniendo de manifiesto algunos de los beneficios logrados por medio de éste trabajo.

Bibliografía

Referencias Bibliográficas

1. Bowie y Pacheco (compiladores). (1993). *Fundamentos para una terapia psicobiológica: uniendo mente/cuerpo*. Santiago: Instituto Milton H Erickson de Santiago de Chile.
2. Campbell J. (1949). *El héroe de las mil caras*. Psicoanálisis del mito. México: Fondo de cultura económica.
3. Jung C. y Wilhem R. (1955). *El Secreto de la Flor de Oro. Un libro de la vida chino*. Buenos Aires: Paidós.
4. Jung C.G. (1964). *El hombre y sus Símbolos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
5. Nichols S. (1989). *Jung y el Tarot. Un viaje arquetípico*. Barcelona: Kairos.
6. Marxen E. (2011). *Diálogos entre Arte y Terapia. Del arte psicótico al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona: Gedisa.
7. Rossi E. (2002). *La Vía Del Síntoma Hacia La Iluminación. La Psicobiología Del Método Constructivo De Jung*. C.G. Jung Institute of Los Angeles.
8. Siegel B. (1995). *Como vivir día a día*. España: Urano.
9. Touson S. (2002). *El dibujo en la Terapia. Creación y Curación*. Buenos Aires: Ea Ediciones.

Recursos bibliográficos en línea

10. Ceberio, M. Moreno, J. y Des Champs, C. *La Formación y el Estilo del Terapeuta. La Nueva Comunicación, Perspectivas Sistémicas.* Artículos "on line". www.redsistemica.com.ar/formacion3.htm
11. Díaz Facio, V. (2010). *Sexualidad, cuerpo y duelo: experiencia clínica con mujeres diagnosticadas con cáncer ginecológico o de mama.* Pensamiento Psicológico, vol. 7, No 14, 2010, pp. 155-160. Medellín: Universidad de Antioquia.
12. OMS. (2016). Cáncer de mama: prevención y control. www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/
13. OMS. Octubre: mes de sensibilización contra el cáncer de mama. www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/es/
14. OMS. Cáncer. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/
15. Planella, C. Mallea, C. Acevedo, S. (2007). *Arteterapia en un espacio oncológico. Cuidados Integrales en el Paciente con Cáncer.* Unidad de Cuidados Integrales Oncológicos. Departamento de Oncología Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
16. Rivera E. (2010). *Arte terapia y liminalidad. Una intervención de arte terapia en una paciente con cáncer terminal.* Monografía para optar al Postítulo de Especialización en Terapias de Arte, Mención Arteterapia. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
17. Rojas-May G. (2006). *Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama.* Instituto Oncológico, Clínica Las Condes. Rev. Med. Clin. Condes - 2006; 17(4): 194 – 97. www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-90432086-S300

18. Selman M. (2013). *La utilización del arteterapia en el acompañamiento de pacientes con cáncer*. Monografía para optar al Postítulo de Especialización en Terapias de Arte, Mención Arteterapia. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
19. Solana C. Andrés. (2005). *Aspectos psicológicos en el paciente superviviente*. Cuidados Continuos en Oncología Radioterápica. Barcelona: Revista Oncología.
20. Torner. L. (2011). *Relación entre los aspectos psicológicos y la aparición y evolución del cáncer de mama*. Revisión Bibliográfica. Trabajo Final de Máster. ISEP formación. Máster en Psicología Clínica y de la Salud Curso 2º Código: MTPCCATPRS102A. Barcelona.
21. Zenil B, Alvarado S. (2007). *La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer*. Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría.;40(2): Abr.-May: 56-63.
www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2007/nnp072d.pdf.