



UNIVERSIDAD DE CHILE

FACULTAD DE ARTES

Escuela de Postgrado

Postítulo de Especialización en Terapias de Arte:

Mención Arteterapia



### **Reconociendo límites:**

Experiencia de Arteterapia con un joven en proceso de rehabilitación por consumo problemático de cocaína y alcohol.

Alumna:

Daniela Andrea Balzo Gil.

Licenciada en Diseño Gráfico, Universidad Diego Portales

Profesora Guía: Paulina Jara.

Mg. en Educación Emocional, Universidad Mayor

Arte Terapeuta, Universidad de Chile.

Santiago de Chile, Agosto 2017

Agradecimientos:

A mi madre, por impulsar siempre mis proyectos.

A mi tío, por siempre creer en mí y por acompañarme en todo proceso.

A Bárbara, por su amorosa disposición y experiencia.

A Braulio, por siempre ofrecerme un espacio de contención y amor.

A Byron, por enseñar aquello que faltaba poner en mi vida.

Resumen:

La siguiente experiencia se enmarca en el ámbito de adicciones y salud mental y consistió en realizar una intervención arteterapéutica a un joven en proceso de rehabilitación por consumo de cocaína y alcohol, residente de una Comunidad Terapéutica de Santiago.

El objetivo de esta intervención, fue acompañarlo en su proceso creativo, facilitando distintas técnicas y materiales de arte que ofrecieran instancias de expresión, de reflexión en torno a la conducta adictiva, y entregaran herramientas de autoconocimiento, autonomía y fortalecimiento de la autoestima.

Durante el proceso ocurrieron distintos desafíos: en un principio, lo relacionado con la construcción del vínculo y las necesidades del paciente, en donde emergieron conflictos profundos relacionados al abuso sexual y la dependencia emocional; a la conducta adictiva y la incapacidad para poner límites; y por último, a la relación de dependencia con su madre.

Sin duda, estos desafíos enriquecieron la experiencia de práctica y condujeron a diversos aprendizajes, tanto para mí como para el paciente.

A continuación, los dejo con la presentación de esta experiencia.

Los invito a seguir leyendo.

**Adicciones - Apego - Abuso Sexual - Límites – Arteterapia**

## Índice:

Introducción.....	5
Marco Teórico.....	7
• Drogodependencia	
- Sobre la Enfermedad.....	8
- Efectos físicos, psicológicos y emocionales.....	10
- Modelos de Tratamiento y Rehabilitación.....	13
- Factores de riesgo y protección para las drogodependencias.....	15
• Apego	
- Teoría de apego.....	17
- Patrones de Apego.....	18
- Rol de los padres y necesidades de los niños.....	20
- Maltrato infantil y sus consecuencias.....	23
• Arteterapia	
- ¿Qué es Arteterapia? Algunos acercamientos.....	26
- Arteterapia y Drogodependencias.....	28
- Encuadre y Setting.....	29
Descripción de la Práctica.....	32
- Descripción general del centro de práctica.....	32
- Antecedentes del caso de estudio.....	34
- Objetivos de la intervención.....	36
- Encuadre y Setting.....	36
- Técnicas y enfoques utilizados .....	38
- Materiales.....	41
- Estudio de Caso.....	42
- Fase inicial: Necesidades del paciente y construcción del vínculo....	42
- Fase intermedia: Reconociendo el origen de su carencia.....	54
- Fase final: Construyendo el camino hacia la autonomía.....	63
Análisis y Discusión.....	70
Conclusiones.....	81
Bibliografía.....	86

## Introducción:

El Arteterapia es sin duda una herramienta poderosa de autoconocimiento. Desde el enfoque psicoanalítico se pone énfasis en la conversación en torno a la obra: a través de la observación de ésta y posterior reflexión, con la guía de un(a) arte terapeuta capacitado(a), es posible ver o hacer consciente aspectos de nuestra psiquis que se encontraban ocultos e inconscientes.

La obra es muy importante, no por su resultado estético, sino por la información que puede ocultar y descubrir. Es además, un puente de comunicación entre terapeuta y paciente, garantizando un medio seguro de expresión no verbal y asegurando la integridad de ambos ya que al hablar de la obra, no se habla directamente del paciente. En esta experiencia, fue significativo utilizar la obra como foco de la conversación y guía de la terapia, no sólo para resguardar la integridad del paciente, aminorar sus miedos y su sensación de amenaza, sino también para resguardar la relación terapéutica.

Por otro lado, es fundamental en Arteterapia establecer las características del encuadre y reforzarlas si es necesario. En un contexto de adicciones y abuso sexual se hace evidente la relación confusa e irregular con los límites personales y en esta experiencia fue necesario remarcarlos, tanto los del encuadre como los de la relación terapéutica.

Esta experiencia, enmarcada en el contexto de práctica de Arteterapia, de la Universidad de Chile, consistió en realizar una intervención de 16 sesiones, entre agosto y diciembre de 2016, a un joven de 27 años con consumo problemático de alcohol y cocaína, en proceso de rehabilitación, con serias dificultades para establecer límites hacia sí mismo y a los demás y con una relación con su madre marcada por la ambivalencia y la dependencia.

Byron (nombre de fantasía con el que nombraré al paciente) tuvo en un comienzo gran afinidad con la expresión artística, por lo que benefició en parte la expresión y elaboración de conflictos internos. En un principio se mostraba de una forma, pero a

medida que transcurría el proceso y se fortalecía el vínculo, él iba profundizando más en su proceso creativo y comenzó a mostrarse de otra forma.

A continuación los dejo con esta experiencia: En primer lugar un marco teórico, en donde explicaré, en base a referencias bibliográficas, conceptos relacionados al caso como: Drogodependencias, Apego, Abuso sexual y Arteterapia. Luego detallaré la experiencia vivida en el proceso terapéutico, describiendo algunos aspectos del centro de práctica, antecedentes del paciente, sesiones significativas; y aportando reflexiones en torno al proceso de práctica. Para terminar con conclusiones y aprendizajes.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

Las causas para iniciarse en el consumo de alcohol y/o drogas pueden ser muy diversas, para cada persona puede haber una motivación diferente la cual puede estar influenciada por un conjunto de factores: Aspectos como la educación y los pares en el colegio, la relación familiar, el entorno socio-cultural, pueden ser determinantes para iniciar una relación con la drogodependencia. Algunos autores como Florenzano (2002), sostienen que los adolescentes inician el consumo imitando a sus pares; otros como Armendáriz y Schilkrut (2004), explican que ingieren drogas y alcohol para sentirse eufóricos y alegres en poco tiempo o los adultos en cambio, pueden iniciar el consumo en actividades sociales y terminar en solitario: relacionando en un principio el consumo con el placer, para luego, utilizarlo para subsanar emociones como la angustia. Stanton y Todd y cols. (1988) en cambio, sostienen que el consumo se origina en la adolescencia y que el uso frecuente de drogas ilegales dependen de la calidad de las relaciones padres-hijos. Guajardo y Kushner (2011) explican que el consumo se inicia en respuesta de una profunda crisis: “La adicción es el intento de sostener algo que habita en la fantasía del pensamiento alimentado por las sensaciones y el duro enfrentamiento de la pérdida, es lo que el paciente no puede ni quiere aceptar.” (p. 37)

Sin duda, la drogodependencia es una consecuencia de otra cosa, un parche ante la herida.

Para entender las motivaciones de Byron a iniciarse en el consumo de alcohol y cocaína, fue necesario conocer su historia familiar y la relación con sus padres. El inicio de su consumo no está ajeno a sus experiencias de vida, y comienza como una medida para olvidar el pasado, subsanar el dolor y obtener placer de manera inmediata, pero también como una forma de llamar la atención.

Para entender un poco las motivaciones que surgen en esta adicción, es necesario primero aclarar ciertos conceptos relacionados a la dependencia de drogas y alcohol.

## **1.1 Drogodependencia.**

### 1.1.1 Sobre la enfermedad

Es una enfermedad que se caracteriza por el uso adictivo de una o varias sustancias que producen efectos irreversibles en el sistema nervioso, ocasionando consecuencias físicas, mentales, emocionales, sociales y económicas a quien las consume. Según el Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA) “las drogas son sustancias químicas que afectan el cerebro al penetrar en su sistema de comunicación e interferir con la manera en que las neuronas normalmente envían, reciben y procesan la información”<sup>1</sup>.

No todas las personas que consumen drogas son necesariamente adictas. Kuhar (2016, p. 19-20) hace esta distinción:

Si una persona utiliza drogas casualmente y con poca frecuencia, sin problemas significativos y puede tomarlas o dejarlas, esa persona debiera llamarse un usuario (...) Si las drogas toman control de la vida de una persona o si no puede parar de consumir a pesar de la angustia personal y las consecuencias negativas, entonces podemos decir que es dependiente a las drogas o adicto.

La drogodependencia es una enfermedad muy compleja y difícil de tratar, por esto se dice que a pesar del tratamiento que pueda tener una persona adicta, es muy común la recaída. Esta enfermedad no es una cuestión carente de voluntad pues quien consume compulsivamente es dependiente a nivel cerebral.

Los efectos de las drogas en el cerebro relacionados con el placer, son mérito de dos científicos: James Olds y Peter Milner (citado en Armendáriz y Schilkrut, 2004). A través de diversos experimentos con ratas, descubrieron en el cerebro un circuito eléctrico relacionado con la sensación de placer. Este circuito se activa a través de conductas naturales como alimentarse, cuidar a un hijo o tener relaciones sexuales,

---

<sup>1</sup> National Institute of Drug Abuse, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>, consultado el 15/12/2016

pero también, a través de la estimulación que genera el consumo de sustancias adictivas.

Las drogas de abuso distorsionan la neurotransmisión química del Sistema Nervioso y pueden afectar las funciones de los neurotransmisores imitando o bloqueando sus acciones de manera descontrolada. Algunas sustancias como la cocaína, actúan directamente sobre el sistema dopaminérgico, bloqueando la captación y remoción de dopamina en el cerebro, lo cual aumenta abruptamente los niveles de dopamina manteniéndolos elevados por todo el tiempo en que el adicto consume la droga. Otras sustancias como el alcohol, actúan en primera instancia sobre neurotransmisores inhibitorios como el ácido gama-aminobutírico (GABA) y en segunda instancia actúan sobre la dopamina, por eso se experimenta placer, pero no euforia (Armendáriz y Schilkrut, 2004; Kuhar, 2016).

Muchas drogas diferentes, a pesar de que pueden actuar sobre distintos neurotransmisores y producir distintos efectos, todas comparten el mismo efecto de liberar dopamina. Esto produce una sensación eufórica, un estado de placer elevado que refuerza el hábito de consumir. Según Armendáriz y Schilkrut (2004), el hábito de consumir se inicia con la satisfacción de placer, pero a medida que el consumo se repite, el adicto descubrirá que la droga es capaz de subsanar emociones desagradables como la angustia o el temor, entonces extenderá su empleo a situaciones cotidianas. Con el hábito, el cerebro se acostumbra y tiende a producir menos neurotransmisores de manera natural o reducir los niveles de respuesta en el circuito de recompensa, por lo tanto el sujeto necesitará cada vez dosis más altas para satisfacer la sensación de placer. Este proceso se denomina “**Tolerancia**”. Según Armendáriz y Schilkrut (2004, p. 80): “cuando la persona opta por repetir el uso de una droga es que ya se ha producido un cambio en su circuito de placer o recompensa que es irreversible”.

Cuando el consumo se interrumpe abruptamente aparecen un conjunto de síntomas físicos y psíquicos denominado **Síndrome de Abstinencia o Privación**.

En la abstinencia de alcohol se pueden experimentar: escalofríos, náuseas, temblores, ansiedad, dolores de cabeza intensos, deshidratación y en casos severos alucinaciones (delirium tremens). Con la cocaína se manifiesta intensamente durante

la segunda y sexta semana de privación: cansancio extremo, depresión, ideas de suicidio y en ocasiones alucinaciones.

El adicto sabe que este síntoma insoportable es posible de calmar si vuelve a consumir. Citando a Kuhar, (2016, p. 87): “Aparte de hacer sentir terrible a los adictos, la abstinencia es un impulso para las recaídas al consumo de drogas dado que alivia los síntomas de la misma.”

#### 1.1.2 Efectos físicos, psicológicos y emocionales:

Las drogas de abuso generan alteraciones en distintas zonas del sistema nervioso central produciendo efectos en todo el cuerpo. Pueden generar daños estructurales en los tejidos cerebrales, alteraciones importantes en el funcionamiento neuronal: tanto sobre la acción sináptica, los mecanismos de liberación de neurotransmisores y los receptores neuronales, como en el funcionamiento de zonas específicas del cerebro (Guajardo y Kushner, 2011). Las alteraciones y repercusiones pueden ser muy diversas dependiendo del tipo de droga. Puentes (2005) clasifica las sustancias adictivas según sus efectos:

- Depresoras: Lentifican, sedan, provocan sueño (Alcohol, Benzodiazepinas, Hipnóticos, Relajantes musculares)
- Estimulantes: Provocan sensación de aceleramiento (Anfetaminas, Cocaína, Anorexígenos, Pseudoefedrina, Éxtasis, Heroína, Pasta Base, etc.)
- Alucinógenos: Alteran la percepción sensorial (LSD, Mezcalina, Atropina, marihuana, hachís, etc.)

Todas las drogas de abuso ocasionan importantes deterioros físicos en el consumidor: alteran las habilidades motoras y afectan el funcionamiento de órganos vitales, ya sea por el uso repetido de la sustancia tóxica o por el desgaste físico que significa estar expuesto constantemente a situaciones de riesgo asociadas al consumo.

Según el NIDA existen algunas enfermedades asociadas al consumo tales como: enfermedades cardiovasculares, cáncer en distintos órganos como riñón o pulmón, accidentes cerebrovasculares y trastornos mentales como depresión y esquizofrenia.<sup>2</sup>

La drogodependencia afecta los circuitos neuronales de placer y también otros sistemas de transmisión nerviosa relacionados con las funciones de aprendizaje, y memoria. Puentes (2005) afirma que el consumo de drogas puede alterar las funciones cognitivas como la atención, comprensión de mensajes verbales o la memoria. Orguillés (2011) complementa esta idea afirmando que la tendencia a la repetición del consumo generan una disociación entre el decir y el hacer: “Las secuelas del consumo tóxico hacen evidentes grandes carencias para desarrollar un discurso y un pensamiento propio (...), lo que les lleva a aprender y repetir discursos de control que no acaban de estar del todo introyectados” (p. 139-140)

Guajardo y Kushner (2011) afirman que el exceso de drogas o alcohol puede afectar la zona prefrontal del cerebro relacionada con las funciones ejecutivas: funciones que incorporan la intencionalidad, el propósito, la toma de decisiones, la capacidad para planificar actividades y cumplir objetivos. Según Goldberg (2004, citado en Guajardo y Kushner, 2011), el adicto podría verse afectado en su capacidad como ser autónomo e independiente.

La drogodependencia no sólo ocasiona repercusiones físicas o mentales sino también importantes alteraciones en las emociones. Guajardo y Kushner (2011) afirman que el exceso lleva a sostener emociones extremas por lo que el adicto experimenta estados anímicos alterados. La experiencia de consumo altera la mayoría de las funciones emocionales como la memoria y pensamiento, la motivación, la comunicación y reacción. Por esta razón, es previsible por un lado, la poca capacidad de respuesta del adicto frente a los estímulos del medio y por otro, la experimentación de una sensación anhedónica frente a emociones de tranquilidad.

---

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Abuso de Drogas, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud> Consultado el 24/04/17

“Las emociones son impulsos para actuar” (Guajardo y Kushner, 2011, p. 26) y la drogodependencia actúa directamente sobre el sistema límbico, base del manejo emocional, involucrado con funciones de memoria y control de respuestas involuntarias, afectando el control de impulsos agresivos y sexuales. Según Puentes (2005), estos comportamientos agresivos generan conflictos vinculares entre el adicto y sus pares, su familia y su entorno.

El cuerpo del adicto, es el receptáculo de la droga (Orguillés, 2011), a pesar de las terribles consecuencias, el adicto no es capaz de interrumpir el consumo. Este acto de autodestrucción deteriora notablemente su autoimagen y autoestima.

El sentimiento de culpa lo invade, provocando aislamiento y descalificación personal llegando a cuestionar su calidad de persona. Citando a Guajardo y Kushner (2011): “la sensación producida por la droga invade la totalidad del ser, impidiendo la comunicación con el sí mismo y con el mundo” (p. 19).

Para efectos de un mayor entendimiento del caso, se explicará brevemente algunos efectos de la cocaína y alcohol.

A) *Alcohol*: Sustancia legal en Chile para personas mayores de 18 años, aunque estudios del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (SENDA, 2014) demuestran que los jóvenes chilenos comienzan su consumo desde los 12 años.

Tiene un efecto bifásico. Al principio se experimenta desinhibición compulsiva, expansión y euforia, pero luego aparece el efecto depresor con sedación y somnolencia. Si continúa el consumo puede llegar a intoxicarse y entrar en coma.

Según Armendáriz y Schilkrut (2004), los adolescentes consumen alcohol para sentirse desinhibidos y eufóricos, razón por la cual lo ingieren rápidamente. Un resultado esperado de esta conducta es el comportamiento impulsivo. Diversos estudios asocian la impulsividad juvenil con el uso de sustancias adictivas (Florenzano, 2002) lo que puede traer consecuencias como: conductas auto-agresivas o promiscuas que pueden terminar en suicidio o enfermedades de transmisión sexual. Las personas que abusan del alcohol también están propensas a sufrir accidentes vehiculares, caídas fatales, quemaduras y agresiones físicas o sexuales. Según Florenzano (2002) diversos estudios en Chile asocian un 60% de las conductas

delictivas, un 50% de los accidentes vehiculares, un 32,5% de los homicidios y un 25% de los accidentes del hogar, al uso de alcohol.

*B) Cocaína:* La cocaína es una droga ilegal en Chile por ser altamente adictiva. Se extrae del arbusto de la coca, cultivado en Latinoamérica, y se somete a un proceso de manufactura para producir el conocido polvo blanco. En su uso más común, es aspirado por la nariz pasando rápidamente a la sangre. Al ser inhalada, afecta las fosas nasales generando inflamación y destrucción de las mucosas, y si su uso es constante en el tiempo puede destruir el cartílago y perforar el tabique nasal.

Es considerada un estimulante potente, quien la consume experimenta vitalidad, hiperalerta, sensación de euforia y omnipotencia, agitación psicomotriz e hipersexualidad. Genera desórdenes de conducta, desinterés, apatía e incluso agresividad y violencia. Disminuye las sensaciones de fragilidad, la fatiga y el ánimo depresivo, por esta razón quien consume cocaína, no siente cansancio ni hambre. Seguido a la sensación de euforia genera desánimo o depresión, trastornos de sueño, irritabilidad y angustia por volver a consumir.

La cocaína aumenta la tolerancia al alcohol y un consumidor regular puede llegar a ingerir entre 1/2 y 1 litro de pisco o whisky al día, esto es preocupante pues el consumo combinado de cocaína y alcohol produce un efecto grave en el cerebro. Según el NIDA (citado en Armendáriz y Schilkrut, 2004) el índice de mortalidad por intoxicación más común es el ocasionado por el uso de cocaína y alcohol combinados.

### 1.1.3 Modelos de tratamiento y Rehabilitación:

En Chile existen distintas alternativas para el tratamiento de adicciones: por un lado se encuentra el sistema de salud pública que ofrece a nivel regional y comunal talleres de rehabilitación de drogas en Consultorios y Centros de Salud Familiar (CESFAM), programas de rehabilitación y prevención de recaídas en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), los cuales son de carácter ambulatorio, diurno o vespertino que pueden durar entre 6 a 12 meses según la gravedad del caso, y finalmente programas de desintoxicación de drogas o alcohol en Hospitales Públicos, los cuales pueden durar entre 10 a 15 días.

En todos los programas de salud pública se trabaja con equipos multidisciplinarios, intentando abarcar el problema desde una mirada psicosocial.

Paralelamente existen Centros Especializados que ofrecen Programas de Residencia, los cuales son financiados por entidades públicas y a los que sólo es posible ingresar luego de una derivación y postulación de un COSAM o SENDA (Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol).

Por otro lado está el sistema de salud privado que ofrece principalmente Programas de Residencia, de mayor costo, lo cual puede ser un factor excluyente para gran parte de la población chilena.

En cuanto a la efectividad de los distintos modelos de tratamiento, se recomienda siempre la internación de los pacientes para asegurar la abstinencia y desintoxicación de la sustancia en el cuerpo. Algunos tratamientos pueden ser muy efectivos y otros no tanto. Puentes (2005) afirma que debido a los fuertes síntomas físicos que se presentan durante el período de abstinencia, se sugiere internar al paciente para realizar una desintoxicación manejada por un equipo clínico pertinente. Por otro lado, el NIDA<sup>3</sup> afirma que para adicciones se recomienda la internación superior a 3 meses, haciendo énfasis en que los tratamientos más efectivos son los que duran alrededor de 1 año.

Prochaska y DiClemente (1992, citado en Mayor, 1995) distinguen 5 estadios durante el proceso de rehabilitación en el tratamiento de adicciones, estos son:

- a) Pre-contemplación: El adicto no se da cuenta de su problema o lo minimiza y acude a tratamiento por presión de otros.
- b) Contemplación: Se da cuenta del problema pero no se decide a enfrentarlo.
- c) Preparación: Ha hecho mejoras en su problema como bajar la dosis, pero no ha podido abstenerse completamente.
- d) Acción: Hay una abstinencia completa, el adicto está decidido a cambiar, hay mayor compromiso de su parte y resultados concretos de su esfuerzo.
- e) Mantenimiento: Se prepara al adicto para prevenir la recaída.

---

<sup>3</sup> National Institute of Drug Abuse, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/cuanto-tiempo-suele-durar-el-tratamiento-d>, consultado el 05/05/2017

En el primer período de tratamiento, muchos pacientes que no son capaces de soportar los síntomas de abstinencia, tienden a la recaída. Según el NIDA<sup>4</sup> este es uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los programas de tratamiento para la adicción, por lo tanto es sumamente importante mantener motivado al paciente para asegurar su compromiso con el tratamiento.

Una vez realizado el tratamiento de un año, el paciente podría volver a su entorno y retomar su vida, sin embargo, muchas veces el contexto social de las personas que han caído en la adicción, son factores de riesgo que pueden incidir en la recaída.

A continuación, algunos factores de riesgo y protección que podrían incidir en el consumo de sustancias adictivas. Entendiendo factores de riesgo y protección respectivamente como recursos personales, sociales e institucionales que pueden incidir negativa o positivamente en el desarrollo normal de una persona. (Florenzano, 2002).

#### 1.1.4 Factores de Riesgo y protección para las drogodependencias:

Según Puentes (2005), la drogadicción es una manifestación estructurada de un sujeto que aparece en consecuencia de la interacción de múltiples variables. Estas variables como el contexto social y cultural, las relaciones familiares o los recursos psicológicos o emocionales pueden transformarse en factores de riesgo y protección:

*A). Resiliencia:* Algunos factores como las precarias condiciones ambientales o las malas relaciones familiares podrían interferir en el desarrollo normal de una persona y producir una alteración en su salud, sin embargo no todas las personas tienen las mismas capacidades de reacción, algunas pueden resistir mejor frente a las adversidades de la vida. A esta capacidad se le denomina **Resiliencia**.

Barudy y Dantagnan (2009) afirman que la Resiliencia es un conjunto de recursos personales, factores familiares y comunitarios para enfrentar la enfermedad y las

---

<sup>4</sup> National Institute of Drug Abuse, <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion/preguntas-frecuentes/cuanto-tiempo-suele-durar-el-tratamiento-d>, consultado el 05/05/2017

experiencias traumáticas de la vida. Dicho de otro modo, es la capacidad de mantener un desarrollo favorable, pese a las condiciones riesgosas del entorno.

La resiliencia es un importante factor de protección para personas que se enfrentan a situaciones adversas. Vanistendael (2009) explica que se compone de 2 dimensiones fundamentales: por un lado, la capacidad de resistencia, en donde la persona es capaz de proteger su integridad frente a situaciones sumamente complejas y estresantes; por otro lado la capacidad de reconstrucción, donde la persona es capaz de construir un estilo de vida positivo pese a las difíciles condiciones.

Finalmente, el autor (Vanistendael, 2009) se refiere a que existe en algunos casos, una tercera dimensión: la capacidad de transformación, en donde la persona es capaz de sobrevivir destacando sólo aspectos positivos de la experiencia traumática, transformándola en aprendizaje y superación.

*B) Relaciones familiares:* “Se ha dicho que uno de los factores protectores generales, para cualquier conducta de riesgo, es la calidad de la interacción con la familia” (Florenzano, 2002, p. 110). La relación cercana entre hijos y padres especialmente durante la infancia es sumamente importante para un correcto desarrollo del ser humano. Los padres deben satisfacer las necesidades básicas del niño: alimentación, vivienda, salud y educación, como también otorgar protección ante cualquier amenaza externa que represente peligro. Las personas que han sido abandonadas en la infancia, circunstancial o completamente, están más expuestas a los peligros de la vida (Lecannelier, 2009) como el abuso o la violencia. Los niños que son abusados o maltratados durante la infancia quedan mucho más vulnerables hacia el futuro y existe una tendencia estadísticamente más alta al consumo de alcohol o drogas cuando ha habido abuso sexual y físico en la infancia. (Florenzano, 2002).

La calidad de los vínculos tempranos, entre padre-madre e hijos, es muy influyente en el consumo de sustancias adictivas. Según Stanton y Todd y cols (1988), existe un patrón prototípico para consumidores masculinos en donde la madre generalmente es permisiva y sobreprotectora y el padre es autoritario, crítico y ausente. La crítica destructiva constituye un factor de riesgo importante. El trato amoroso y protector de

los padres, la actitud positiva en relación a los logros y superación de dificultades contribuyen al desarrollo sano y al fortalecimiento de la autoestima de los hijos.

Se habla de familia disfuncional cuando en ella existen miembros y vínculos enfermos (Puentes, 2005). En parte esta familia es responsable del origen del consumo y de su sostenimiento en el tiempo. Cuando una persona cae en la adicción, la familia también experimenta síntomas emocionales al ser testigos de la conducta autodestructiva del adicto. La codependencia es una dinámica de interacción entre el adicto y sus familiares, que favorecen el desarrollo del consumo y la enfermedad. Una madre codependiente con su hijo, experimentará emociones muy dolorosas y no será capaz de frenar el consumo, por el contrario será ineficiente para ayudarlo, será sobreprotectora, permisiva y facilitará su adicción: “Este papel es tan importante en la dinámica de la dependencia que se afirma que si en el círculo del consumidor no existiera a lo menos una persona que fuera protectora o facilitadora, su enfermedad no podría desarrollarse” (Armendáriz y Schilkrot, 2004, p. 146)

Estos temas (Vínculos tempranos, violencia y abuso sexual) son particularmente importantes para entender el origen del consumo en Byron, por lo tanto me extenderé en el siguiente apartado.

## **1.2 Apego**

Dentro de los factores protectores y de riesgo en las drogodependencias se ha hablado de la importancia de las relaciones familiares y de los buenos tratos, especialmente entre los padres e hijos durante la infancia, haciendo hincapié en que la violencia o el abuso pueden ser muy perjudiciales para el desarrollo normal de una persona. Para hablar de estos temas es importante introducir sobre la teoría de apego.

### 1.2.1 La teoría de Apego.

La relación de apego considera la tendencia de establecer lazos afectivos emocionalmente significativos entre un hijo y sus padres, como componente innato de la naturaleza humana. Es un lazo que se inicia desde la gestación y que continúa luego del nacimiento, a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez.

La relación de apego se asocia a la función biológica de protección. Por esto, el vínculo de apego se genera entre un ser humano débil y poco experimentado, y un ser humano fuerte y/o sabio con capacidad para otorgar cuidados y protección.

El vínculo de apego implica necesariamente un aspecto estresante o de peligro y la tendencia de buscar al otro con fines de seguridad y regulación. Cito a Bowlby (1996): “Cuando un individuo (de cualquier edad) se siente seguro, es probable que explore lejos de su figura de apego. Cuando está alarmado, ansioso, cansado o enfermo siente la necesidad de la proximidad” (p. 143)

La teoría de apego se organiza mediante un sistema de control en el Sistema Nervioso Central, que regularía mediante un modo análogo de homeostasis, los límites de proximidad y accesibilidad entre el niño y su cuidador. Para Bowlby (1969, citado en Lecannelier, 2009), las condiciones que activan este sistema de control, podrían ser de carácter externas: como el alejamiento de la madre, la presencia de un extraño, etc., como internas: una imagen estresante, malestar físico, un recuerdo de la madre, etc.

El desarrollo de la conducta de apego en la infancia exige la capacidad cognitiva del niño de conservar a su madre en la mente cuando ella se ausenta, es decir la capacidad de representación. Ésta, se desarrolla a partir del segundo semestre de vida, así cuando la madre se ausenta, el niño entra en un estado de estrés que activa su conducta de apego: protesta, llora, se enfada y grita. En esta fase de malestar emocional, si la madre acude al niño, el vínculo puede restablecerse y aliviar el estado de estrés. Pero si la madre no acude a él en reiteradas ocasiones, el vínculo entre ambos, tarde o temprano se debilita, y de un apego sano, puede convertirse en un apego patológico que podría perdurar durante la vida adulta.

### 1.2.2 Patrones de apego

Mary Ainsworth (1955) observa la relación madre e hijo en una situación de laboratorio denominada “la situación extraña”. La clave de este experimento fue observar la conducta del niño(a) ante la separación de la madre, tanto como la capacidad de la madre para atender sensiblemente a las necesidades del niño(a).

Este estudio reveló varios descubrimientos: en primer lugar; que el comportamiento de apego entre un niño(a) y otro tiene diferencias individuales; en segundo lugar, que dicho comportamiento depende de la sensibilidad de la madre de captar las señales de su hijo(a); y en tercer lugar que existen 3 patrones de apego que se relacionaban con el nivel de sensibilidad de la madre. Éstos son:

- a) *Apego seguro*: Cuando la madre sale de la sala en primera instancia, el niño comienza gradualmente a estresarse al reafirmar su ausencia. Cuando ella regresa, él se siente seguro ante la capacidad de respuesta de su madre, y rápidamente se relaja y busca el confort de ella. Luego, desvía la atención de su madre y comienza nuevamente a explorar el entorno. (Ainsworth, 1995). El niño se siente seguro y confía en que sus figuras parentales estarán accesibles ante cualquier amenaza. Él se siente seguro de explorar el mundo, pauta favorecida por la madre: ya que es atenta a las señales de su hijo, y sensible cuando éste busca protección y/o consuelo.
- b) *Apego inseguro-resistente o ambivalente*: El niño (a) protesta cada vez que su madre se retira de la sala, pues percibe que ella no está disponible cuando está fuera de su alcance. Incluso, cuando la madre regresa e intenta contactar con él, el niño (a) se muestra inseguro y en lugar de sentirse contento, manifiesta molestia hacia la madre y es difícil de calmar. (Ainsworth, 1995).  
El comportamiento del niño inseguro resistente o ambivalente muestra incertidumbre frente a la disponibilidad de la madre, no sabe si ella estará disponible ante una situación peligrosa, por lo tanto tiende a aferrarse a la madre y protestar más por su atención. El niño manifiesta ansiedad frente a la separación y a la exploración del mundo y en lugar de sentirse relajado con la reunión de la madre, manifiesta una emoción ambivalente, pues primero expresa el deseo de proximidad con la madre, pero una vez que la tiene no logra contactar con ella y la rechaza. Existe la hipótesis de que esta pauta de inseguridad, se reafirma con la conducta de la madre, quien colabora y accede a las señales del niño pero sólo en algunas circunstancias.
- c) *Apego inseguro-evitante*: Ainsworth (1995) describe que se observa cierta paradoja en el comportamiento inseguro evitante. En la situación extraña, el

niño (a) se muestra aparentemente impasible ante la separación de la madre y en el momento de la reunión tiende a evitarla aunque ella intente contactar con él. La razón de este comportamiento puede entenderse como una maniobra de autodefensa. El niño no confía en que la madre estará disponible para él, sino que por el contrario, espera ser desairado.

Barudy y Dantagnan (2005) afirman que luego de 10 años de estudio, autores como Main y Salomon (1986, citado en Barudy y Dantagnan, 2005) identificaron una nueva categoría de apego disfuncional:

- d) Apego inseguro desorganizado: Se observó en niños cuyos padres o madres tienen traumas severos no elaborados, negligencias o abusos sexuales, psicopatologías severas o adicciones. Cuando el niño(a) busca a su figura de apego, ésta no es capaz de acudir y responde de manera ansiosa. Cuando el niño se aleja, la figura de apego se siente provocada y sin capacidad para canalizar su ansiedad, respondiendo de manera hostil o agresiva. Para el niño, “él o ella, de quienes depende totalmente y de quienes espera su fuente de seguridad, son fuente de su temor” (Barudy y Dantagnan, 2005, p. 191)

### 1.2.3 El Rol de los padres y necesidades del niño

Sin duda el entorno afectivo y social que nos rodea, desde que nacemos hasta la vejez, constituye un factor tremendamente importante para el desarrollo sano de una persona. El haber sido atendido, protegido y educado en etapas tempranas de la infancia y la niñez contribuyen a la salud mental y bienestar en la vida adulta.

Barudy y Dantagnan (2005) destacan la importancia del cuidado de los seres humanos no sólo en la infancia, sino en todas las etapas del ciclo vital: “La sanidad física y sobre todo mental depende de los buenos o malos tratos que recibamos en nuestra existencia” (p. 25)

La idea de que los niños y niñas tienen necesidades de cuidados materiales y fisiológicos para sobrevivir es evidente. Es tarea de los padres velar por el bienestar de sus hijos y cumplir con sus necesidades básicas, pero sería injusto considerar que toda la responsabilidad recae en ellos, pues la sociedad también debe tener un papel

protector y promotor de los derechos básicos. Sin embargo, si los padres no cumplen con el apoyo emocional y cuidados necesarios para el correcto desarrollo de un niño, a pesar de las condiciones sociales y ambientales, el niño puede verse afectado tremendamente en su desarrollo. Según Barudy y Dantagnan (2005) los padres tienen 3 funciones fundamentales: la primera; nutrir a los hijos de aportes necesarios para asegurar la vida; la segunda, asegurar el desarrollo de autoconcepto e identidad; y la tercera, garantizar la educación de sus hijos. Barudy y Dantagnan (2005) enumeran una lista de necesidades básicas que todos los niños y niñas deben tener:

- a. *Necesidades fisiológicas*: Existir y tener buena salud, recibir alimentación y nutrición, vivir adecuadamente, estar protegido de amenazas, disponer de asistencia médica, vivir en un ambiente que permita actividad física.
- b. *Necesidades afectivas*: Contar con lazos afectivos seguros y continuos (padres suficientemente accesibles y disponibles), vivir en un contexto de seguridad emocional en donde los padres sean capaces de transmitir aceptación a sus hijos, de proporcionar apoyo y protección para la “exploración del mundo” y un clima propicio para la expresión de afectos.
- c. *Necesidades cognitivas*: Contar con herramientas que faciliten su desarrollo cognitivo como: la estimulación, la experimentación y el refuerzo. Los niños necesitan desarrollar sus órganos sensoriales, la percepción, memoria, la atención, el lenguaje, el pensamiento lógico y la capacidad de reflexionar.
- d. *Necesidades sociales*: Los niños necesitan relacionarse con otros niños para desarrollar autonomía, sentimiento de pertenencia, disfrutar de apoyo y protección social. Los padres deben facilitar su autonomía, apoyando sus capacidades, fomentando la responsabilidad tanto con sus deberes hacia la comunidad como sus derechos.
- e. *Necesidad de Valores*: Los valores otorgan sentido de pertenencia y dan legitimidad a las normas de una cultura. Si son valores positivos y significativos, otorgan dignidad, orgullo y confianza. La interiorización de dichos valores es garantía para asegurar el buen trato.

El desafío de los padres no está en sólo cubrir las necesidades básicas de sus hijos, sino de también poder moldearse frente a las exigencias que pueden traer las

transformaciones del niño(a) en sus distintas etapas de desarrollo. Aquellas personas que han decidido ser padres y que cuentan con recursos materiales, psicológicos y emocionales como con distintas redes de apoyo, probablemente no tengan dificultades en su rol de ser padres. Distinto es para personas que viven en contextos socialmente desfavorecidos, de empobrecimiento cultural y material, de pocos recursos personales y que han vivido situaciones de vulnerabilidad en la infancia. Cito a Barudy y Dantagnan, (2005): “Las competencias de una madre o un padre no están aseguradas por sus capacidades de procrear. La existencia de competencias parentales depende de sus historias de vida y de las condiciones en que les toca cumplir su función” (p. 84).

Algunos autores (Bowlby, 1996; Barudy, 1998; Barudy, 1999; Barudy y Dantagnan, 2005) afirman que la negligencia de los padres en la adultez tiene directa relación con la negligencia que han sufrido durante la infancia. Los padres que maltratan a sus hijos, probablemente tuvieron historias de vida cargadas de pérdidas, rupturas y experiencias traumáticas no elaboradas. Contextos de pobreza o exclusión social también influyen en el rol de la parentalidad pudiendo generar situaciones de estrés que dificulta o incapacita a los padres de ejercer su función de manera adecuada. De este modo, resulta preocupante pensar en el carácter cíclico de esta cuestión, pues los padres que han sido maltratados, tienen la tendencia a ser maltratadores con sus hijos, y esto como consecuencia trae perturbaciones psicológicas importantes al desarrollo de los niños y futuros padres. Bowlby (1996), afirma que las pautas de apego, una vez desarrolladas, tienden a persistir a lo largo de todo el ciclo vital. Esto significa que el trato de los padres hacia sus hijos y la respuesta de éstos ante los tratos de sus padres, por lo general permanecen invariables. Por ejemplo, si una madre se muestra ambivalente ante las necesidades de su hijo, proporcionando cariño y protección en la mayoría de las situaciones estresantes, pero no en todas, es probable que el niño responda de manera ansiosa ambivalente, siendo propenso a las quejas y al aferramiento, lo que a su vez, puede provocar una respuesta desfavorable por parte de la madre. Esta pauta de apego se mantendrá invariable en el tiempo a menos de que uno de los dos, la madre o el hijo, cambie la conducta. (Bowlby, 1996).

Entendiendo entonces, algunos acercamientos teóricos respecto a la teoría de apego, la importancia de los cuidados parentales y las causas de los malos tratos, es necesario ser más específico en relación a los temas que pudieron repercutir en el inicio del consumo de Byron, estos son maltrato infantil y sus consecuencias.

#### 1.2.4 Maltrato infantil y sus consecuencias.

Se definirá como maltrato, cualquier comportamiento que atente contra sus necesidades o derechos básicos. Una definición de Barudy (1998):

(...) todo acto activo o de omisión cometido por individuos, instituciones o por la sociedad en general, y toda situación provocada por éstos, privando a los niños de cuidados, de sus derechos y libertades, impidiendo su pleno desarrollo, constituyen, por definición, un acto o una situación que entra en la categoría de lo que nosotros llamaremos malos tratos o negligencia. (p. 72)

Barudy (1998), distingue dos tipos de maltrato: activo y pasivo, definiéndolo respectivamente como: aquellos actos que atentan contra el niño(a) a través de la violencia y la acción, como la violencia psicológica o física y el abuso sexual; y a las omisiones de actos o intervenciones necesarias para asegurar el bienestar de los niños, como el abandono. A continuación algunos acercamientos teóricos al tema del abandono y la violencia sexual:

- a) *Abandono*: La aflicción en la niñez, es un término acuñado hace muchos años, frente a la fuerte sensación de desdicha que experimenta un niño(a) cuando ha sido abandonado por su madre. Aunque la ausencia de su madre no sea permanente, el niño al percatarse de esta situación, intentará con todos sus esfuerzos recuperar su presencia (Bolwby, 1993).

El motivo por el cual, la simple separación de una madre y su hijo, provoca tal ansiedad en el pequeño, tiene relación con que la ausencia de la figura de apego, implica necesariamente un aumento del riesgo, y una exposición mayor a los depredadores (Lecannelier, 2009). Los motivos de abandono pueden ser resultado de situaciones deliberadas o actos negligentes, pero lo claro es que el abandono implica necesariamente una insuficiencia crónica de

cuidados físicos, médicos, afectivos y/o cognitivos; o la exposición a mayores peligros como el maltrato físico o el abuso sexual. El abandono implica necesariamente la poca disponibilidad emocional o física de la figura de apego hacia el niño(a) y por lo tanto la satisfacción parcial de sus necesidades. Según Barudy y Dantagnan (2009), el niño(a) que ha sufrido abandono, desarrollará una pauta de apego inseguro-ambivalente:

Este estilo de cuidado generará en el bebé una sensación de abandono, de soledad e impotencia que le provocará una intensa ansiedad. Por lo tanto, la manera de salir de estos dominios emocionales (...) será aumentar sus conductas de apego, es decir, insistir en sus demandas, sus llamadas de atención y cuidado (...) hacer demandas constantes y pegarse a su madre. (p. 180)

Según Capponi (2003) las relaciones tempranas entre un hijo y sus padres dejan huellas en la memoria humana, siendo determinante en la búsqueda de pareja en la etapa adulta. Los vínculos de apego pueden dejar recuerdos de experiencias placenteras o dolorosas, marcando pautas en nuestro mundo interno. Estas pautas aprendidas durante la infancia con los primeros vínculos, serán referentes al momento de buscar pareja, entonces por ejemplo: un adulto que sufrió abandono y desprotección por parte de su madre en la infancia, tendrá un deseo profundo de ser amado (Barudy y Dantagnan, 2009) y en la adultez buscará desesperadamente un amor que lo contenga (Capponi, 2003). En su defecto podrá buscar placer de manera inmediata a través del consumo de sustancias. Puentes (2005) y Guajardo y Kushner (2011) hacen la relación entre la droga y el amor. Cuando una persona sintió menosprecio y abandono en la infancia, creará internamente no ser merecedor de afecto (Puentes, 2005). En este contexto, la droga se transforma en un salvavidas, pues mágicamente puede reemplazar la carencia de afecto (Puentes, 2005). El adicto genera un vínculo afectivo importante con la droga desarrollando un efecto de apego (Guajardo y Kushner, 2011).

Barudy (1998) enumera una serie de consecuencias en la adultez, producto del abandono físico y psicoafectivo en la infancia, éstas son: baja autoestima y sentimiento de inferioridad, tristeza y ansiedad crónica, poca tolerancia a la frustración, visión del mundo amenazante y depresión. Por otro lado Barudy (1998) menciona ciertos rasgos adaptativos que estas personas desarrollan frente al abandono: dependencia extrema hacia los padres o adultos, búsqueda de aprobación y afecto, alejamiento e ensimismamiento debido al temor que existe de ser rechazado nuevamente, trastornos de comportamiento como la automutilación o adicción a drogas.

b) *Abuso sexual*: Según Mariana Bravo (1994) el abuso sexual se define como “la transgresión de los límites personales, el acercamiento físico con intención de tipo sexual o erótico de una persona contra otra sin su consentimiento o voluntad” (p. 15), invadiendo el ámbito físico y psicológico de la persona transgredida.

Cantón y Arboleda (2011) afirman que la mayoría de los casos de abuso sexual infantil se producen en familias monoparentales, con padrastros o con un nivel elevado de conflictos matrimoniales, en donde muchas veces las víctimas tienen menos atención de sus cuidadores, no tienen supervisión de sus actividades o sus relaciones incrementando su vulnerabilidad. Según Barudy (1998), en estas familias existen conflictos para establecer límites, por ejemplo en relación a los roles familiares o la jerarquía al interior de la familia, hay confusiones respecto a los sentimientos, comportamientos ambiguos y los límites entre los afectos y la sexualidad no son claros.

Cuando el contacto sexual lo ha originado un pariente de consanguinidad lineal a la víctima se denomina “incesto”. Generalmente es originado en la infancia y perdura en el tiempo a través de la fuerza y/o intimidación de la víctima. Según Bravo (1994) diversos estudios revelan que la mayoría de los casos de incesto son cometidos por hombres hacia sus hijos o sobrinos y que la madre de la víctima extrañamente favorece esta relación pues no tiene conciencia de ello o por el contrario, la tiene, pero tiende a negarlo

inconscientemente. Igual de extraño es el fenómeno psicológico que ocurre en la víctima en relación a la percepción del abusador. Por un lado, presenta rabia y deseos de venganza, pero por otro lado aparece cierta idealización del abusador generando en la víctima: gratitud paradójica, sensación de sentirse especial y aceptación del sistema de creencias del perpetrador (Bravo, 1994).

El abuso sexual se considera un evento traumático y genera gran impacto a nivel psicológico en la víctima, tanto en el momento de la agresión como a lo largo de toda su vida. Según Noemí Pereda (2010) algunas consecuencias psicológicas en la vida adulta del abuso sexual son: sexualización traumática, trastornos depresivos o bipolares, conductas autodestructivas; tendencia al abuso de sustancias químicas o intentos de suicidio; aislamiento y ansiedad, baja autoestima, culpa, sentimiento de vulnerabilidad, vergüenza, rabia y miedo. Además es común en víctimas de abuso, evitar pensamientos y sentimientos relacionados con el evento traumático. Otra consecuencia bastante grave es la re victimización. Esto significa que las víctimas de abuso tienen tendencia a sufrir abuso sexual en otras etapas de la vida por agresores distintos al primer agresor. (Pereda 2010).

#### **1.4 Arteterapia.**

##### ¿Qué es Arteterapia?: algunos acercamientos.

El Arteterapia es una disciplina que utiliza el proceso creativo de “hacer arte” con el objetivo de mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas.

Según la Asociación chilena de Arteterapia:

“El arte como terapia se diferencia de otras disciplinas que utilizan elementos artísticos, como la educación artística, porque utiliza los materiales, las técnicas, el proceso artístico y la obra en sí, con fines terapéuticos. Esta disciplina busca rescatar el efecto sanador de la expresión artística.”<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Asociación chilena de Arteterapia <https://www.arteterapiachile.cl/arte-terapia-1> consultado el 11/04/17

Según la Asociación Americana de Arteterapia<sup>6</sup>, el Arteterapia es una profesión de salud mental en la que los pacientes, facilitados por un arte terapeuta, utilizan el arte, el proceso creativo y la obra artística, para explorar sus sentimientos, reconciliar conflictos emocionales, fomentar la autoconciencia, reducir la ansiedad y mejorar la autoestima. La práctica de Arteterapia requiere conocimientos sobre artes visuales y el proceso creativo, como también de teorías y técnicas de desarrollo humano, psicológico y consejería.

Naumburg (1997, citado en Marxen, 2011) afirma que el Arteterapia puede ser aplicado en personas de todas las edades afectadas por diversas enfermedades. Marxen (2011) agrega que el Arteterapia también puede aplicarse a personas que no estén necesariamente enfermas, ya que puede ser utilizada como herramienta de autoconocimiento (Marxen, 2011). Complementando esta idea, Allen (1995) afirma que: “El arte es una vía para conocer lo que creemos en verdad”. (p.19)

El foco del Arteterapia no está puesto en el resultado estético de la obra sino en el proceso creativo, considerando que toda persona, con o sin formación artística, tiene la capacidad latente de expresar sus conflictos a través del arte. En palabras de J.P. Klein (2009): “Dentro de este marco terapéutico, la persona elabora producciones complejas como hitos más o menos enigmáticos de su proceso personal, maneras de representar sus conflictos, sus miedos y sus aspiraciones”. (p.11)

Paín y Jarreau (1995) consideran mayor importancia al proceso de intercambios verbales al alrededor del contenido de la obra que a la actividad plástica en sí. La obra se transforma en un objeto tangible que representa de manera no verbal el mundo interior del paciente. De este modo, el Arteterapia se transforma en una herramienta muy valiosa para personas que presentan dificultades para expresar sus conflictos de manera verbal (Marxen, 2011). Finalmente, la obra funciona como un puente entre terapeuta y paciente, favoreciendo un medio de comunicación entre ambos, mucho más seguro y menos atemorizante para el paciente, ya que al hablar de

---

<sup>6</sup> American Art therapy association <https://www.arttherapy.org/upload/whatisarttherapy.pdf> consultado el 08/05/17

la obra se puede hablar del conflicto sin tener que hablar de él directamente: “El lenguaje de las imágenes es más indirecto, y por este motivo, puede proporcionar más seguridad” (Marxen, 2011 p. 14)

El rol del arteterapeuta en palabras de Paín y Jarreau (1995) es: “seguir el comportamiento del paciente, ser testigo de su aventura” (p.28). El terapeuta debe acompañar el proceso creativo del paciente, asistiéndolo cuando se enfrente a inconvenientes técnicos del material, interviniendo con prudencia y evitando interpretaciones de la obra, alentando al paciente a descubrir y traducir sus propias lecturas. De este modo, el paciente se transforma en un sujeto activo al interior de la terapia, colabora activamente, fortalece su yo y disminuye progresivamente la dependencia hacia el terapeuta (Marxen, 2011).

J.P. Klein (2009) afirma que en lugar de interpretar el significado de la obra, el arteterapeuta debe facilitar al paciente oportunidades de observación y reflexión que proporcionen instancias de comprensión y significado. Sin embargo, en algunas ocasiones excepcionales, la interpretación puede favorecer el entendimiento del paciente: “Explicitar y desvelar los significados de las obras ha de ser excepcional y permitirse abrirse solamente cuando se siente que ya casi está ahí y sólo hay que darle un empujón” (Klein, J.P. 2009, p. 12).

#### 1.4.1 Arteterapia y Drogodependencias.

Una de las ventajas del Arteterapia está en utilizar la obra como objeto intermediario entre paciente y arteterapeuta, poniendo énfasis en el lenguaje simbólico de la imagen, convirtiéndose en un medio de expresión no verbal muy apropiado para personas que han sufrido secuelas cognitivas producto de la drogodependencia. Para este tipo de población, el Arteterapia se transforma en un medio de comunicación alternativo a la palabra hablada que favorece las instancias de comunicación entre terapeuta y paciente (Marxen, 2011).

Además, dada las dificultades de representación simbólica que tienen las personas drogodependientes, producto de la ingesta permanente y la intoxicación que esto produce, el Arteterapia puede ser una herramienta que ayude a estas personas a reactivar o desarrollar su capacidad de simbolización (Orguillés, 2011).

El consumo de sustancias adictivas es un símbolo de autodestrucción. El cuerpo de quien consume compulsivamente se ve completamente deteriorado por la ingesta de droga y por las condiciones adversas a las que se enfrenta en estado de consumo. A pesar de las nefastas consecuencias, la persona no puede parar de consumir, afectando tremendamente su concepto de autoestima y autoimagen. En este contexto, el Arteterapia es una herramienta que ofrece un medio para reconectar consigo mismo, potenciando las propias capacidades, aumentando la autoestima y la confianza en sí mismo. (Marxen, 2011)

Otro aporte significativo para este tipo de población, es la oportunidad que concede el Arteterapia de reconectar con las emociones. La adicción de sustancias genera trastornos en el área emocional de las personas drogodependientes y el Arteterapia puede ser una herramienta muy poderosa de autoconocimiento. A través de las imágenes y la socialización, el paciente puede conectarse con sus emociones, comprender la causa de sus conflictos y desde ahí, generar cambios. Según Guajardo y Kushner (2011), es fundamental sentir las emociones, hacerlas consciente y reconocer los procesos que las generan para sanar heridas y aliviar sensaciones de malestar.

#### 1.4.3 El encuadre y setting.

El **encuadre** corresponde al conjunto de normas y reglas relacionadas con aspectos concretos que otorgan límites a las sesiones, esto es: los tiempos de inicio y cierre, las normas respecto al uso de los materiales; a la estructura de las sesiones y a la relación terapéutica.

Autores como Beck, Wright, Newman y Liese, (1999) afirman que en contextos de drogodependencia se debe definir estrictamente las características del encuadre terapéutico. Otros autores como Casari, Albanesi, Maristany e Ison (2016) afirman que debido a las características complejas de la enfermedad, pareciera existir un consenso de establecer encuadres rígidos para este tipo de población. El compromiso del arteterapeuta es fijar en principio un encuadre claro y respetarlo estrictamente para asegurar un espacio seguro, tanto para el paciente como para el arteterapeuta.

Marxen (2011), complementa esta idea, afirmando que en personas provenientes de contextos socialmente desfavorecidos o que han sido vulnerados sexualmente conviene remarcar los límites del encuadre y de la relación terapéutica porque tienen la tendencia a transgredirlos.

Por otro lado, el **setting** se define como las condiciones materiales necesarias para estructurar y llevar a cabo la creación artística. Como primer objeto material se ubica el espacio físico. Éste idealmente, debe ser un espacio luminoso, cómodo, amplio; de modo que permita realizar diferentes actividades pictóricas, corporales, y lúdicas; como también ofrecer un espacio para asegurar las obras del paciente y otro para guardar los materiales. Generalmente este espacio debe ser el mismo para todas las sesiones, y debe propiciar el desarrollo de la terapia sin interrupciones, es decir, debe estar protegido y apartado de las demás actividades y asegurar la confidencialidad y contención que el paciente necesita. (Marxen, 2011).

Como segundo elemento se ubica la organización del espacio y la disposición de los materiales. Los materiales de Arteterapia pueden ser muy diversos y variados, pero se deben escoger correctamente para adecuarse a las necesidades de los distintos tipos de población. Landgarten (1987, citada en López, 2011) realiza una clasificación de los materiales en relación al nivel de control técnico de sus propiedades, es decir el grado de dificultad en su manipulación, y los beneficios terapéuticos que pueden aportar, afirmando que existen materiales de control alto y más fáciles de manipular como los lápices de colores o la témpera; materiales de control medio como los pasteles grasos, la arcilla o pintura de dedos; y materiales de control bajo y más difíciles de manipular como la acuarela, el carboncillo o la fotografía. El arteterapeuta debe ser consciente de estas propiedades, para así aumentar o disminuir la experiencia afectiva del paciente e influir en su proceso creativo. (López, 2011)

En un principio se debe tener cuidado de exigir al paciente experimentar con materiales que rechace, por el contrario, se le deben ofrecer aquellos que faciliten el trabajo de manera segura y motiven la espontaneidad, para paulatinamente ir

integrando otro tipo de materiales. Marxen (2011) se refiere a la importancia de dosificar los materiales para poblaciones que tienen dificultades para fijar límites como víctimas de abuso sexual y drogodependientes, comenzando por materiales que propicien trabajos bidimensionales y de mayor control, hacia aquellos que promuevan lo tridimensional y sean de menor control.

Kagin y Lusebrink (1978, en López, 2011) por otro lado, realizan una clasificación según el grado de solidez del material, afirmando que los materiales fluidos o más blandos como la tinta, la arcilla o el pastel graso pueden propiciar una conexión más afectiva con el proceso creativo, generando mayor contacto con emociones profundas y pensamientos inconscientes, mientras que los materiales más sólidos como el trazado a lápiz, el collage o la escultura, suelen generar experiencias más cognitivas. Marxen (2011) afirma que los volúmenes como la arcilla, suelen ser materiales de menor control pues carecen de estructura. Llanos (2010) afirma que este material puede ser especialmente sensible para personas víctimas de abuso sexual debido a sus características similares al excremento y la asociación de esto con lo anal.

Paín y Jarreau (1995) recomiendan en estos casos, invitar al paciente a conectar con el material; amasando, golpeando y formando bolas y chorizos; con el objetivo de relacionarse sensorialmente.

Es así como a través de la disciplina de Arteterapia, en donde el proceso creativo de “hacer arte”, permite mejorar el bienestar físico y mental de las personas, a través del trabajo con distintas técnicas y materiales. López (2011) afirma que si se varía el uso de materiales y técnicas aparecen más posibilidades de generar cambios en el comportamiento del paciente pues cada material o técnica posee un desafío diferente. Además, “(...) la técnica no ha de aplicarse como un código rígido y definitivo” (López, 2011, 189), lo importante es que el paciente siempre tenga la oportunidad de explorar y descubrir el material desde aspectos propios de su personalidad. En este sentido, es importante que el arteterapeuta maneje tanto las propiedades técnicas de los distintos materiales artísticos, como también sus efectos psicológicos o emocionales, a modo de poder responder adecuadamente a las necesidades del paciente.

## CAPÍTULO 2: DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

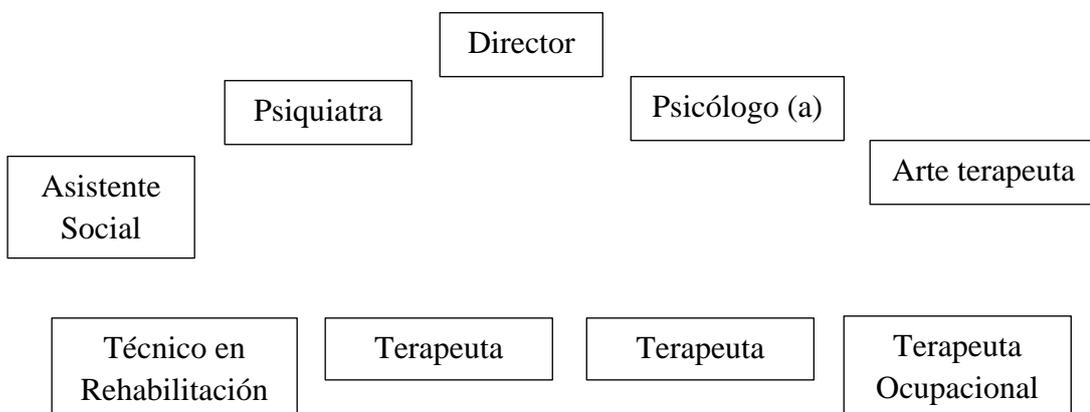
A continuación daré cuenta del proceso de práctica a partir de los sucesos más relevantes y reflexiones en torno a ellos. Es necesario en primer lugar referirse en términos generales del Centro de Residencia en donde se realizó la práctica para entender el contexto general y algunos antecedentes del caso de estudio.

### 2.1 Descripción General del Centro de Práctica:

La comunidad terapéutica en donde se realizó la experiencia de práctica, es una organización sin fines de lucro que ofrece programas de capacitación, prevención y rehabilitación a personas con drogodependencia múltiple. Actualmente cuenta con un Programa Residencial de perspectiva biopsicosocial que utiliza un modelo de carácter cognitivo conductual. El trabajo de este programa se desarrolla en una organización jerárquica de 4 fases con distintos objetivos y en grado de menor a mayor responsabilidad para con la comunidad y consigo mismo.

El tratamiento de rehabilitación dura un año, y posterior a esto se continúa con dos años de seguimiento.

La comunidad cuenta con la participación de un equipo multidisciplinario, el cual está organizado de la siguiente forma:



En la siguiente tabla, se describe el tipo de terapia y la frecuencia en que se realizan:

Terapia	Guía	Tipo	Frecuencia	Observaciones
Psicoterapia	Psicólogo	Grupal	1 por semana	
Psicoterapia	Psicólogo	Individual	1 por semana	
Psicoterapia	Psiquiatra	Individual	Cada 15 días	La frecuencia varía dependiendo del caso del paciente
Consulta de Salud Mental	Director	Individual	Relativa	Se realiza por demanda espontánea
Terapia educativa	Terapeuta Ocupacional	Grupal	1 por semana	También realiza terapias individuales pero en casos de pacientes cercanos a reinserción.
Intervención psicosocial	Asistente Social	Grupal	1 por semana	
Terapias grupales	Miembros del grupo, guiado por un T.O, Director o algún otro miembro del equipo.	Grupal	1 por semana	Se realizan seminarios, talleres educativos o ponencias en relación a temas que los pacientes deseen elaborar.
Intervención Educativa	Técnico en Rehabilitación	Grupal	+ de 1 vez por semana	Se educa en relación a distintos temas relacionados con el consumo: efectos, recaídas, síntomas, etc.
Arteterapia	Arteterapeuta	Grupal	1 vez por semana	

El equipo de trabajo se reúne una vez por semana para poner en común contingencias que hayan ocurrido dentro de la comunidad y para conversar sobre uno o dos casos en particular y evaluar si el residente asciende o no de nivel. Cada vez que un paciente sube de nivel, se le atribuyen brigadas de trabajo para con la comunidad, relacionadas con distintas responsabilidades y objetivos. A medida que el paciente va comprometiéndose con el tratamiento, se le van adjudicando paulatinamente algunos privilegios, entre los cuales se encuentran las instancias de pase. En éstas, el paciente tiene permiso para salir de la Comunidad para realizar actividades cotidianas como visitar a la familia o amigos, etc.

## **2.3 Antecedentes del caso de estudio**

### 2.3.1 Anamnesis.

Byron es un joven de 27 años que antes de ingresar a tratamiento, vivía en condiciones de hacinamiento con su madre, 2 hermanas, 1 sobrino y su abuela. Desde pequeño, sufrió numerosas experiencias traumáticas relacionadas a lo sexual: en su infancia fue abusado sistemáticamente por su tío; en su adolescencia se inició sexualmente en un prostíbulo motivado por su padre, y durante su etapa de consumo de alcohol y drogas sufrió una violación por parte de un desconocido. Como consecuencia de esto, Byron expresa una sensación de desprotección y abandono por parte de su madre, con la que, según la ficha clínica, mantiene una relación de codependencia.

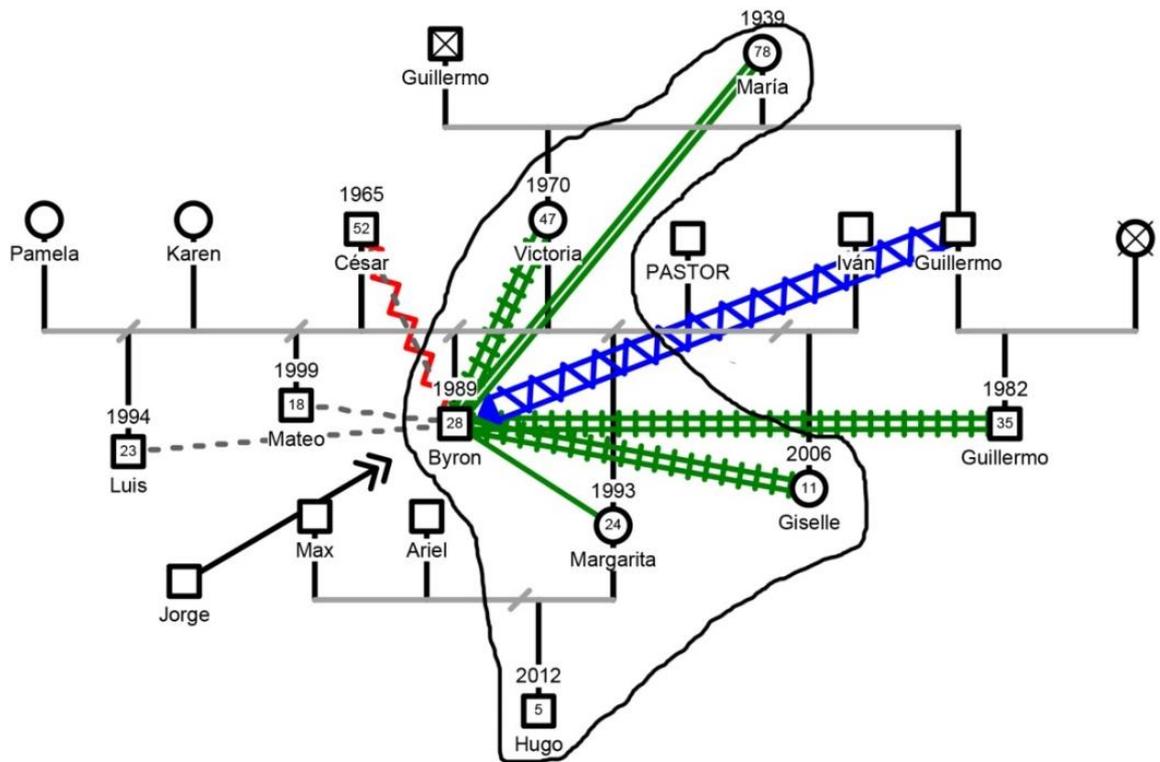
Entre los antecedentes de su etapa escolar, se destaca que aproximadamente entre los 10 y 12 años, Byron fue derivado a psicopedagogía por presentar conductas agresivas con sus compañeros del colegio. Además, el paciente no pudo terminar enseñanza media, ya que por motivos económicos de su familia, tuvo que empezar a trabajar. Durante el proceso arteterapéutico, Byron estudia en sus tiempos libres para dar exámenes a fin de año, y poder terminar III° y IV° medio.

En una primera entrevista al inicio del proceso, el paciente expresa tener dificultades para establecer límites a los otros: por ejemplo no es capaz de defenderse cuando alguien lo agrede; y a sí mismo pues no es capaz de regularse cuando algo le resulta placentero, como con el alcohol o la cocaína.

Byron ingresa a tratamiento en la Comunidad Terapéutica, derivado de un Hospital público. Desde ahí se le diagnostica dependencia a sustancias químicas y trastorno esquizoide. Aunque este último diagnóstico nunca fue confirmado, pues el equipo clínico de la comunidad afirma que se necesitan 6 meses de abstinencia para arrojar un diagnóstico de este tipo en drogodependientes. Dentro de las observaciones de la ficha, se enfatiza un intento de suicidio, agresividad en estado alcohólico e impulsividad. Luego al término del proceso arteterapéutico, Byron es diagnosticado con Trastorno Bipolar tipo 2 de tipo maníaco.

### 2.3.2 Genograma:

A modo de proteger la integridad del paciente, los nombres que aquí aparecen no corresponden a la realidad.



Cuadro explicativo de simbología:

○	mujer
□	hombre
⊗	Defunción
—/—	Separación o Divorcio
—	Relación Armónica
==	Relación emocional cercana / Amistad
—+—+—+—+—	Relación muy cercana / Buenos amigos
~	Relación distante - hostil
→	Relación Abuso sexual
- - -	Relación distante - pobre

## **2.4 Objetivos de la Intervención**

### Objetivo General

- Generar un espacio de expresión creativa promocionando recursos de autoconocimiento, autonomía y fortalecimiento de la autoestima.

### Objetivos Específicos

- Promover la experimentación con materiales artísticos en un espacio seguro y contenido, facilitando la expresión de emociones, deseos personales y conflictos internos.
- Proveer instancias de auto-observación y reflexión que permitan la identificación de factores protectores y riesgo asociados a la conducta adictiva y a los límites personales.
- Proporcionar herramientas que refuercen conceptos de autoestima y autonomía a través de distintas técnicas y materiales creativos.

## **2.5 Encuadre y Setting**

Se realizaron 16 sesiones distribuidas semanalmente, entre los meses de Agosto a Diciembre de 2016. Cada sesión se realizó los días viernes entre las 18:00 hrs. y 19:30 hrs. aproximadamente (algunas sesiones se extendieron un poco más debido a la dificultad para generar el cierre).

Desde un principio se acordó los horarios y se conversó sobre las características de la relación terapéutica, sin embargo, debido a ciertas confusiones que el paciente presentó, fue necesario recalcar las características de la relación terapéutica en reiteradas ocasiones como también el encuadre de las sesiones para construir un espacio de estabilidad y poder brindar la contención terapéutica adecuada.

Las sesiones se realizaron en el mismo espacio durante todo el proceso para asegurar confidencialidad y resguardo: una oficina donde también se realizaban las sesiones de psicoterapia individual. Ésta era una sala de 3x 5 metros aprox. ubicada en el patio de la Comunidad, frente a la oficina del director y a una habitación compartida de algunos pacientes. Tenía paredes blancas con dos ventanas de orientación poniente

por donde entraba luz natural, pero que generalmente se cerraban para evitar distracciones. Además contaba con una puerta la cual se mantuvo cerrada para evitar interrupciones.

La sala también disponía de buena luz artificial, un escritorio en medio; con una silla para el paciente y otra en frente para la terapeuta; un mueble en donde se dispuso una caja de cartón para guardar las obras tridimensionales del paciente, y un escritorio en donde se guardaron los materiales. Las obras bidimensionales del paciente se guardaron en una carpeta en la oficina del director.

El diseño de las sesiones se adaptó a las necesidades del paciente. Se utilizó una metodología de carácter mixto, realizando sesiones de manera directiva, semi-directiva y no directiva, comenzando con sesiones no directivas para permitir al paciente apropiarse del espacio, eligiendo los materiales y las temáticas a trabajar, para que se sintiera confiado de abrir temas o conflictos importantes para él, y luego a medida que se iban abriendo estos temas las sesiones adquirían un carácter más directivo. Algunas veces, cuando estos temas eran difíciles de elaborar, se realizaron sesiones semi directivas, proporcionando una oferta amplia de materiales pero restringiendo la consigna, o al revés, ocupando ciertos materiales pero dejando la consigna libre.

A modo de proporcionar un marco que organizara el espacio temporal de las sesiones y propiciara un ambiente de trabajo seguro y estable, se estructuró las sesiones de la siguiente manera:

- Inicio: Se conversa brevemente sobre lo sucedido durante la semana. Muchas veces se invita al paciente a observar la obra de la sesión pasada o a comparar varias obras con el fin de reflexionar en torno a su significado y sus puntos de encuentro. Luego se plantea la manera en que se va a desarrollar la sesión y se invita a una introducción del trabajo. En diversas ocasiones se realizaron imagerías para introducir el objetivo a trabajar. La imagería invitaba al paciente a mirarse hacia dentro y volver a revivir algunas experiencias, de este modo el paciente podía reestructurar o resignificar sus vivencias (Guajardo y Kushner, 2011), analizar aspectos de su vida relacionados al consumo o a la dependencia afectiva, revivir y

comprender emociones asociadas a ciertos eventos para luego tomar decisiones respecto al curso de su vida. Esta etapa dura alrededor de 20 min.

- Desarrollo: Previo al inicio de la sesión se disponen los materiales sobre el escritorio y se organizan y agrupan según sus características físicas, por ejemplo: en una sesión donde se ofrecen materiales diversos, se ordenan en un lado de la mesa papeles y cartulinas de distintos colores y texturas, a su lado tijeras y distintos tipos de pegamentos, por otro lado materiales fluidos como témperas y acuarelas, siguiendo con pinceles de distintos grosores y durezas, y así sucesivamente.

Luego de iniciar la sesión, se invita a elaborar la obra a través de los materiales de arte, en base a un objetivo planteado o de manera libre durante aprox. 45 minutos.

- Cierre: Cuando el paciente finaliza la elaboración de la obra realizamos una conversación en torno a ésta, en aproximadamente 20 min. Generalmente lo invito a observarla e interpretar su significado, a veces lo invito a interpretar en base a lo que muestra objetivamente: formas, colores y símbolos. Muchas veces le hago preguntas sobre la experiencia con el material o sobre información de la obra que omita, para profundizar más en el proceso arteterapéutico.

Luego guardamos la obra en la carpeta y en conjunto ordenamos los materiales. Finalmente nos despedimos.

## **2.7 Técnicas y enfoques utilizados**

El proceso arteterapéutico se basó en el supuesto de que los problemas del paciente, tanto la adicción a las drogas como la dependencia afectiva, se atribuían a conflictos internos originados durante el período infantil, idea que proviene de la corriente psicoanalítica del Arteterapia.

Apoyándose desde el psicoanálisis, fue fundamental en este proceso, comprender la obra artística como un talismán (Schaverien, 2005), como un objeto tangible en el cual el paciente proyecta sus conflictos inconscientes, los cuales pueden ser muy amenazantes si se expresan verbalmente. En este sentido, la obra se comportó como un objeto contenedor y mediador que proporcionó un medio de comunicación mucho más seguro y menos amenazante que la palabra hablada (Marxen, 2011).

Al concebir la obra como un talismán (Schaverien 2005), se dio bastante importancia a la conversación en torno a la obra con el objetivo de observar y reflexionar en torno a su significado. Naumburg (1987, citado en López, 2009) afirma que aquellos aspectos inconscientes del conflicto, podrían hacerse conscientes a través de la observación y reflexión de la imagen simbólica, ya que ésta es capaz de proyectar aspectos del inconsciente con menor censura que la palabra hablada. El ejercicio de invitar al paciente a observar su obra, analizarla y muchas veces compararla con obras anteriores puede ser muy beneficioso para el proceso. Como bien indica Marxen (2011):

La ventaja del Arteterapia consiste, entre otras cosas, en que lo que se produce es tangible, lo cual facilita la reflexión posterior, la verbalización alrededor de la obra y a veces la comparación con los dibujos anteriores y posteriores para observar el desarrollo creativo y emocional. (p. 52).

En este contexto, el rol del arteterapeuta es de acompañar, motivar y facilitar el acceso a la comprensión del material simbólico, y no interpretarlo, pues el paciente es quien debe descubrir el significado de su obra. “Cuando la persona logra tomar consciencia de aquellos deseos y conflictos que quedaron sin resolver, adquiere un mayor conocimiento de sí mismo, y consecuentemente, su yo se fortalece” (López, 2009, p.169).

Otro elemento fundamental que fue tomado del Arteterapia y psicoanálisis es el concepto de transferencia, resultado de la relación terapeuta-paciente. A través de la transferencia, el paciente proyecta su mundo interno en el terapeuta y tiende a repetir comportamientos, emociones o sentimientos dirigidos a sus figuras de apego o personas importantes para él (López, 2009).

Las emociones que pueden surgir de la relación transferencial constituyen un material relevante para comprender el comportamiento del paciente. En esta relación, el paciente se comporta y se expresa en respuesta a lo que el terapeuta simboliza para él. El análisis y manejo de la transferencia constituye un factor de información relevante para la terapia artística (Etchegoyen, 1999, citado en López, 2009) y estar

al tanto de esto puede ser muy beneficioso para el proceso terapéutico. En palabras de Paín y Jarreau (1995):

Cuando el sujeto trabaja bajo “nuestra” mirada o ignorando “nos”, (...) no inventa una relación sino que repite un comportamiento cuyas consecuencias conoce. Si nos dejamos llevar respondiendo a sus expectativas, lo ayudamos a repetir el comportamiento neurótico. Si damos a la antigua relación un nuevo significado, damos al sujeto la posibilidad de cambiar (p.34).

Para una persona que tiene dificultades de establecer límites, hay entonces 2 caminos: Fomentar su conducta o ayudarlo a darse cuenta para modificarla.

Bowlby (1996) afirma que el terapeuta debe alentar al paciente para observar esta particular relación que se establece entre ambos, ya que en ésta, el paciente introduce todas sus percepciones, construcciones y expectativas aprendidas de su relación de apego. Por ejemplo, para pacientes que han desarrollado una pauta de apego inseguro ambivalente, la relación terapéutica podrá construirse desde la base de la dependencia, una relación en la que el paciente expresa infinita gratitud e idealización constante a la figura del terapeuta pero que presenta ansiedad y resistencia frente a su ausencia o al término de la terapia (Bowlby, 1996).

Finalmente, es fundamental mencionar la importancia que se ha dado en esta experiencia al concepto de creatividad como aquél espacio potencial que se ubica entre la realidad psíquica interna y la realidad externa, y que permite encontrarse con el verdadero sí mismo (Winnicott, 1979).

La creatividad es una característica innata del ser humano, y a través del proceso creativo, la persona creadora, permite pasar de la realidad subjetiva (dentro de los límites del cuerpo), a la realidad objetiva (fuera de los límites del cuerpo) y a partir de ahí generar transformaciones psíquicas y evolucionar. El Arteterapia por su carácter lúdico invita a la creación, a jugar, y es a través de este proceso de creación, donde la persona se encuentra consigo mismo, con aspectos puros de su personalidad y descubre a su verdadero yo (Winnicott, 1979).

En esta experiencia, la creatividad fue entendida como un agente potencial de transformación. Fiorini (1995) afirma que a través de la experiencia creadora, la persona es capaz de transformar estructuras psíquicas y reemplazarlas por nuevas pautas de entendimiento. A través del proceso creativo es posible movilizar estructuras mentales pre-constituidas y reorganizarlas en nuevos sentidos (Fiorini, 1995). Es decir, lo que previamente se desintegra, se puede constituir nuevamente a partir de un entendimiento distinto:

El Arteterapia asume la expresión plástica como un medio liberador de tensiones, sin embargo es la creación la que tiene verdaderos efectos transformadores, ya que inscribe esa expresión en un proceso en el que las formas creadas podrán evolucionar hasta producir efectos beneficiosos (Gómez, 2005, citado en López, 2011, p. 39)

La obra como objeto tangible, fue entendida como depositario de los conflictos internos del paciente, y además como un elemento de transformación psíquica. Marxen (2011) lo explica en una cita que hace mucho sentido: “los traumas no se extirpan, pero, al conformarlos en forma de imagen o escultura, los posibles miedos pueden ser de esta manera dominados y transformados simbólicamente, sobre todo en un ambiente de apoyo y empatía” (Marxen 2011, p.95)

## **2.7 Materiales**

Al comienzo del proceso se proporcionaron materiales con distintos grados de dificultad como lápices de colores, rotuladores y lápices pasteles (Marxen, 2011). Teniendo en cuenta que al inicio del proceso, el vínculo terapéutico aún no se fortalecía, se estimó conveniente disponer este tipo de materiales para facilitar el proceso creativo del paciente sin generar resistencias.

Teniendo en cuenta que el paciente contaba con experiencia previa en Arteterapia, y al observar por un lado, su afinidad con los materiales antes mencionados, y por otro, su preocupación por mantener un orden estético y limpieza en la obra, se proporcionaron materiales de menor control como témperas y tintas. (Marxen, 2011). Se eligieron estos materiales pues el paciente manifestó en reiteradas ocasiones

dificultades para expresar emociones, además de que se le percibió con una expresión corporal y facial contenida. Estos materiales, como explican algunos autores (Kagin y Lusebrink, 1978 citado en López, 2011; Dalley, 1987) favorecieron una conexión afectiva con el proceso creativo, permitiéndole a Byron, evocar estados emocionales y generar menor censura en la representación de la obra.

A medida de que el paciente mostraba dominio de los materiales fluidos, confiaba eventos traumáticos como el abuso sexual sistemático (traducido en una vulneración extrema a sus derechos y una representación de una concepción borrosa en torno a los límites personales) o situaciones en estado de consumo bastante extremas (traducido en una dificultad para establecer límites a sí mismo); se le ofreció arcilla.

Los materiales que invitaban al volumen como la arcilla, o el material de desecho, siendo materiales de menor control (Marxen, 2011) generaron algunas resistencias en el paciente. Con a la arcilla por ejemplo, un material sin estructura (Marxen, 2011) el paciente se mostró inseguro, pues no se atrevía a tocar el material y esperaba mi aprobación para terminar o empezar una acción. Luego con el material de desecho el paciente expresó su descontento y elaboró una obra bidimensional a pesar de que los materiales invitaban a construir en tres dimensiones. Por lo tanto en la sesión siguiente no se siguió insistiendo con el volumen y se volvió a materiales con los cuales él se sentía cómodo: lápices de colores, témperas y acuarelas.

Al final del proceso se hizo necesario trabajar en base a ciertas consignas, por lo que se ofrecieron materiales bien diversos, con el objetivo de potenciar la creatividad y espontaneidad del paciente, facilitando la expresión de sus conflictos y la elaboración de la obra durante el proceso creativo sin generar resistencias o censuras. (López, 2011).

## 2.8 Estudio de Caso

### 2.8.1 Relato del proceso arteterapéutico.

A continuación se describirá el proceso a través de 3 fases de desarrollo: fase inicial, fase intermedia y fase de término, en las que se trabajó con distintos objetivos. La primera fase se caracterizó por generar un espacio de confianza para la construcción del vínculo. Aquí el paciente se mostró complaciente y paralelamente abrió temas conflictivos para él demostrando confianza en mí como arteterapeuta. Una vez que el vínculo se fortaleció, dimos paso a la fase intermedia, la cual se caracterizó principalmente por la aparición de fuertes resistencias frente al trabajo con algunos materiales o en torno a consignas relacionadas con los límites y la carencia afectiva. A pesar de esto, el paciente se da cuenta de que es necesario retomarlas para poder avanzar, dando paso a la fase final, la cual se caracterizó por reparar y cerrar los temas que para el paciente se tornaron conflictivos en la fase anterior. Además, se puso énfasis en el cierre del proceso.

#### *A) Fase inicial: Necesidades del paciente y construcción del Vínculo*

Esta primera fase se desarrolló entre la 1º y 6º sesión y se caracterizó por la construcción del vínculo terapéutico, tuve un primer acercamiento a las necesidades del paciente, conocí sus expectativas respecto a este espacio y entregué las características del encuadre. Byron presentó gran afinidad con el dibujo y la pintura; y además poseía experiencia en Arteterapia Grupal; hechos que favorecieron la presentación del encuadre y la experimentación con algunos materiales artísticos.

En esta fase destaco 2 situaciones; primero que el paciente se preocupó por controlar la estética de la obra y segundo, que tendió a transgredir ciertas normas respectivas al encuadre y la relación terapéutica.

#### a) Los objetivos de esta primera fase fueron:

- Comunicar las características del encuadre y conocer las necesidades del paciente desde una mirada atenta y respetuosa.

- Asegurar un espacio seguro y contenido para favorecer la construcción del vínculo terapéutico.
- Promover la experimentación con materiales artísticos, facilitando la expresión de emociones, deseos personales y conflictos internos a través de distintas técnicas creativas.
- Remarcar las características del encuadre y de la relación terapéutica para otorgarle al paciente la capacidad de reflexionar en torno a la conducta adictiva y los límites personales.

b) Comportamientos generales observados en la primera fase:

En primera instancia observé mucha ansiedad en Byron: el paciente presentó problemas para hilar una idea de otra e incapacidad para auto regularse, limitarse a los tiempos de la sesión y dificultades para conservar los límites necesarios de la relación terapéutica. Este comportamiento persistió a lo largo de todo el proceso acentuándose con mayor grado al inicio y al final del proceso y en algunas ocasiones dificultó el cierre de las sesiones.

En esta primera fase Byron mostró sus habilidades técnicas en el dibujo y la pintura, percibiéndose preocupación por la estética y por la limpieza en la obra, además de ansiedad frente a materiales de menor control tales como la tinta o que implicaban mayores desafíos como la arcilla. También se observó un fuerte interés hacia mí como persona sobre todo en la 5ª sesión, donde constantemente hace preguntas sobre mis intereses y pasatiempos. Algo que pudo tener relación con su dificultad para respetar límites hacia sí mismo y hacia los demás.

c) Materiales ofrecidos:

Al inicio de esta primera fase se entregaron diversos materiales; algunos de mayor control y otros de control medio (Marxen, 2011); con el objetivo de que Byron tuviera la opción de elegir y experimentar libremente además de promover un ambiente seguro para la expresión artística sin generar resistencias en su proceso creativo.

Teniendo en cuenta los referentes bibliográficos relacionados al tema de drogodependencias y efectos en las emociones, como también los antecedentes de abuso sexual y drogodependencias del paciente, en las sesiones 3, 4 y 5, le ofrecí materiales fluidos; algunos los ocupó con las manos. Los consideré apropiados, pues en un principio el paciente tendía a controlar demasiado el resultado de la obra, y estos materiales lo condujeron hacia una creación más espontánea. Además, los materiales fluidos favorecían una experiencia afectiva mayor con la creación, generando menos censura en su proceso creativo y mayor conexión con sus emociones. Al tener que ocuparlos con las manos, el compromiso del cuerpo era mucho mayor, para Byron que en un principio mantenía una postura corporal muy encorvada e inhibida, esta técnica lo invitaba a explorar otros estadios del cuerpo, adquiriendo mayor empoderamiento y compromiso con la experiencia artística.

Al final de esta fase, le ofrecí arcilla: Tenía dudas respecto a usarla, teniendo en cuenta los antecedentes de abuso sexual del paciente (Llanos, 2010). Además siendo un material sin estructura (Marxen, 2011), implicaba mayor desafío y compromiso para Byron. Sin embargo, las circunstancias dieron luces a que era el momento adecuado de generar una forma en volumen que lo invitara a reflexionar sobre sus propios límites, y por otro lado al tener esta relación con lo anal podría ser un material que develaría aspectos reprimidos de la sexualidad de Byron con la intención de luego observar, integrar y reparar.

d) Respuesta del paciente frente a actividades y materiales propuestos:

En esta primera fase, Byron se mostró bastante complaciente. Lo que le propuse, él aceptó y lo hizo, aunque implicaba mayor desafío.

Con los materiales de mayor control como lápices de colores, rotuladores, pasteles, o algunos de menor control como los lápices acuarelables (Marxen, 2011), Byron no tuvo dificultades técnicas, pero tendía a preocuparse demasiado por el resultado estético de la obra. Luego con los materiales fluidos, él se mostraba inquieto cuando no podía controlar algunos aspectos del material como

el derrame accidental de pintura. Por otro lado, el uso de estos materiales generaba la conexión con emociones reprimidas, por lo tanto aparecía la rabia, la culpa y la tristeza, emociones asociadas a eventos traumáticos.

Frente a las actividades que le sugerí, él accedió. Cuando le propuse imagerías él se mostró perceptivo y sensible. En la 3ª sesión cuando lo invité a realizar una imagería en relación a su línea de vida él expresó haber revivido algunos eventos dolorosos. Luego en la obra, él representó 3 situaciones significativas: el abuso de su tío en la infancia (arbusto negro), el abuso sexual en la adultez (círculo negro de mayor tamaño), y la presencia de su madre durante toda su vida (círculo verde). Luego al momento de socializar en torno a la observación de la obra, Byron expresó: *“Me gustaría que mi vida hubiese sido diferente”*



(Fig. 1). Obra sesión 3. Técnica: Témpera y pintura de dedos sobre pliego de papel kraft.

Con la arcilla, Byron generó algunas resistencias. En un principio no se atrevió a tocarla, nunca había trabajado con arcilla y no sabía cómo manipularla, por lo que fue necesario introducir respecto a cómo amasarla y generar formas (Paín y Jarreau, 1995). Tampoco fue fácil para él concretar una idea, por lo que le propuse trabajar

con el tema de los límites, (algo que surgió en una sesión anterior respecto a los límites de la relación terapéutica). Luego de un rato con el material en sus manos, comenzó a adquirir mayor autonomía y a formar una estructura. No fue fácil, pues la estructura se cayó 3 veces, entonces tuve que auxiliarlo y ayudarlo a sostenerla.



(Fig. 2). Obra Sesión 6. Técnica: Arcilla. Título: “Cerebro Enjaulado”

e) Respuesta del paciente frente a la obra artística:

Utilicé el recurso de invitar a Byron a observar el resultado artístico y a partir de ahí generar lecturas subjetivas y objetivas muchas veces con la intención posterior de resignificar la obra y otorgar otros sentidos.

Bajo este contexto quiero mencionar la sesión 5, en donde a través de una imaginación invité a Byron a recorrer su cuerpo internamente con el objetivo de identificar sus dolores. En sesiones anteriores Byron había expresado tener dolencias en el cuerpo: dolor de garganta y espalda alta, bruxismo e insomnio, como también dolores en el corazón, por lo tanto ahora la idea era identificarlos y luego intentar repararlos.

En la primera instancia de la elaboración de la obra (Fig. 3), invité a Byron a representar sus dolores para que en una segunda instancia, la interviniera con el fin de repararlos (Fig. 4). Con este ejercicio, le mostré a Byron que él podía transformar simbólicamente sus obras. Una herramienta de autonomía que más adelante se presentaría con mayor fuerza.



(Fig. 3). Obra sesión 5. Técnica: Témpera y pintura de dedos. Representación de dolores.



(Fig. 4). Obra sesión 5. Técnica: Témpera y pintura de dedos. Transformación de la obra.

En esta sesión el tema de los límites fue recurrente. Byron me contó sobre un compañero de la Comunidad que tendía a traspasar sus límites constantemente: *“me pide mis cosas personales: mi toalla, mi desodorante, mi colonia. Yo se las presto, no puedo decirle que no, me da rabia. A veces se me tira encima y me da besos, me incomoda, no sé cómo enfrentarlo”*

Paralelamente, Byron estuvo especialmente interesado por mí, haciendo preguntas sobre mis intereses y pasatiempos. Algo que para mí resultó incómodo e inapropiado dentro de un contexto de terapia, pues me parecía que hablar sobre mi vida personal, implicaba una sensación de intimidad que no correspondía a una relación terapéutica, sino más bien a una relación simétrica; como la de 2 amigos; lo cual me limitaba para ejercer mi rol de arteterapeuta adecuadamente.

Otro momento relevante fue cuando analizamos la obra de la arcilla, para generar distintas lecturas. En esta sesión remarqué los límites del encuadre y de la relación terapéutica, y luego Byron generó un volumen el cual tituló “cerebro enjaulado” (Fig. 2): *“representa la prisión de mis deseos. Me gustaría salir de acá y buscar pareja pero no puedo. Aquí me siento limitado, no puedo acceder a lo que quiero. He tenido sueños raros”*.

Le pregunto sobre esos sueños pero no quiere contarme, lo noto complicado.



(Fig. 2). Obra Sesión 6. Técnica: Arcilla. Título: “Cerebro Enjaulado”

Luego de elaborar la obra, la observamos desde distintos puntos de vista con el fin de conversar en torno a sus posibles lecturas: ¿Qué es lo que podemos ver? Por ejemplo: desde arriba ambos vemos una cruz, entonces Byron expresa: *“representa que mis pensamientos son incorrectos”*. Desde el costado veo la reja

del cerebro y le comento que tiene distintas alturas; algunas están abiertas; entonces él reflexiona: *“Si rompo mi prisión, lo que no deja expresarme, voy a quedar sin protección. Sería fácil sacar esa jaula, pero creo que al final está bien ponerse límites”*.

f) Observaciones significativas:

En esta primera fase, Byron reflejó dependencia emocional hacia su madre: En la 2º sesión él expresó sentir abandono durante la etapa de consumo. Luego en la 3º y 4º sesión manifestó tener la necesidad de expandirse, hacerse visible para su madre, esto se observa también en sus obras pues las representa con un centro que se expande hacia los límites del papel. (Fig. 5 y Fig. 6)



(Fig 5). Sesión 2. Técnica: Lápices de colores y lápices acuarelables. Título: “Corazón atrofiado”

En la 3º sesión Byron representó a su madre como alguien siempre disponible para él, sin embargo en la 4º sesión afirmó que cuando era niño su madre tenía que trabajar y lo dejaba sólo, entonces su tío abusaba de él: *“tuve que aprender a protegerme”*. Aquí se hace evidente que existe una contradicción en como Byron percibe el vínculo con su madre, pues primero expresa que ella siempre ha estado disponible para él, pero luego afirma que tuvo que protegerse sólo, es decir, en

ese momento cuando Byron necesitó protección, su madre no estuvo presente, por las razones que fuesen. ¿Podría decirse que entre Byron y su madre se construyó un vínculo de apego ambivalente?

Además, Byron representó en la sesión 4 (Fig. 6) una flor de dolor enmarcada por sus resistencias: *“soy incapaz de expresar mis emociones, me cuesta comunicarlas, quizás es mi manera de defenderme”*. Cuando le pregunté en qué parte del cuerpo ubicaría esta flor, respondió que en la garganta. Hace sentido esto ya que la garganta tiene relación con la función fisiológica de comunicar y Byron representa un dolor contenido. Por un lado, la conducta adictiva ha deteriorado su capacidad para expresar emociones y por otro, la única forma de hacerse visible y de llamar la atención fue a través de su autodestrucción.



(Fig. 6) Obra Sesión 4. Técnica: tintas y lápices de colores. Título: “Velar por mi flor de dolor”

g) Reacción Subjetiva:

Llamó mi atención que ya en la 3ª sesión Byron haya abierto temas tan potentes como el abuso sexual. De algún modo él depositó plenamente su confianza en mí como arteterapeuta. El hecho de que tenemos edades similares y somos del sexo opuesto pudo haber favorecido esta actitud de compromiso de él hacia mí. Además, por mi parte siempre fui cuidadosa respecto a entregarle los tiempos

necesarios para abrir y elaborar temas difíciles como la violación o el abuso de su tío en la infancia.

Por otro lado, Byron tendía a controlar demasiado el resultado, se preocupaba por lo estético, el detalle y demostró ansiedad frente a materiales de poco control. Este comportamiento quizás hablaba de sus resistencias, de cierto interés por mostrar otro lado de él, algo que puede tener relación con cómo me vio él a mí. Nuevamente, el ser del sexo opuesto y tener edades similares pudo haber despertado en Byron la esperanza de haber encontrado a su pareja ideal. Sobre todo si yo me mostré receptiva frente a sus necesidades. En la 5ª sesión ya se hizo evidente, cuando él se interesó por mis intereses personales y que al recordarle los límites del encuadre en la 6ª sesión, él representó un cerebro que según él aprisionaba sus pensamientos. Además también me contó que le gustaría tener pareja, me habló sobre el amor y la necesidad de sentirse amado, frente a lo cual me surgió una inquietud: Byron demostraba dependencia emocional necesitando de una figura externa para sentirse reafirmado; y por otro lado se interesó sobre mi vida. ¿Esto pareciera significar que Byron me comenzaba a ver como una figura diferente a su terapeuta?

Para mí esta situación fue compleja e incómoda; Byron demostraba interés hacia mí como persona y también tenía fantasías eróticas conmigo (información que obtuve luego de una reunión con la psicóloga de la comunidad terapéutica). ¿Me habré equivocado en algo para que Byron me viera así? ¿Cómo debía encaminar nuevamente la terapia sin que el vínculo terapéutico se viera afectado? ¿Con qué tono debía comunicarlo?

Evidentemente, el paciente tenía una concepción borrosa respecto a los límites de la relación terapéutica, pues tuvo experiencias anteriores en donde la relación con la terapeuta se tornó confusa (información que obtuve por parte del equipo clínico y luego también por el propio Byron) por lo tanto fue necesario establecer estos límites desde una mirada profesional, mostrándole que hablar sobre mis intereses no correspondía en este espacio, pues al menos para mí implicaba una sensación de intimidad inadecuada para un contexto de terapia. La atención debía

estar en sí mismo, en su proceso. Finalmente gracias al apoyo del equipo clínico de la Comunidad y de mi supervisora de práctica, fue sencillo encaminar nuevamente la terapia.

h) Plan de acción:

Fue necesario volver a establecer las reglas del juego para que Byron se diera cuenta verdaderamente en el contexto en el que se encontraba. En primer lugar tuve que recordarle las características del encuadre, los límites de horarios como también las características de la relación terapéutica, sólo así Byron pudo darse cuenta que constantemente tendía a repetir la conducta adictiva. A partir de aquí, fue necesario trabajar en relación a su necesidad afectiva y dependencia con su madre, dos factores que le impedían ser una persona autónoma.

*B) Fase intermedia: Reconociendo el origen de su carencia*

Esta segunda fase se desarrolló entre las sesiones 7 y 11 y se trabajó principalmente el tema de la incapacidad para poner límites hacia sí mismo y los otros, como también el tema dependencia hacia su madre. Para esto invité al paciente a reflexionar en torno a sus vivencias para identificar factores de riesgo y protección asociados a su conducta adictiva.

a) Los objetivos de esta fase fueron:

- Facilitar la reflexión a través de la imaginación para permitir la observación e identificación de factores protectores y riesgo, asociados al consumo, a los límites personales y las carencias de infancia.
- Proporcionar instancias de observación, transformación y re-significación de conflictos internos a través de la re-elaboración de las obras artísticas.

b) Comportamientos generales observados en la fase intermedia:

Durante esta fase, Byron se apropió del espacio paulatinamente: en un comienzo puse música instrumental para generar un ambiente de mayor concentración y relajación; pues muchas veces el ruido del exterior desconcentraba al paciente; y

más adelante, lo invité a que él pusiera su música. Así, Byron se relajó y me mostró parte de su intimidad: cantaba sus canciones favoritas, me habló de sus letras, muchas de ellas trataban temas de suicidio o depresión. Byron comenzó a mostrarse de otra forma. Esto se observó en su proceso creativo, pues ya no era complaciente cuando le pedía trabajar con ciertas consignas y mostraba resistencia a trabajar con algunos materiales.

Byron expresó constantemente la necesidad de tener pareja e hijos y tendía a idealizar el amor con distintas mujeres, por ejemplo con las terapeutas del centro o con mujeres que no conoce. En algunas ocasiones fue necesario volver a remarcar los límites, debido a su incapacidad para auto-regularse. Esto dificultó los cierres pero también generó oportunidades para reflexionar en torno a su conducta adictiva y la carencia afectiva.

Byron comenzó poco a poco a destacar aspectos positivos de sí mismo, como a demostrar mayor autonomía en sus actos: reconocía que él tiene el poder de transformar su vida y simbólicamente lo hizo resignificando sus obras.

c) Materiales ofrecidos:

Teniendo en cuenta los antecedentes de abuso sexual y drogodependencias y el desmoronamiento que esto genera en el concepto de autoestima y autoimagen, le ofrecí en un principio, materiales que invitaran a construir en volumen con el objetivo de que Byron pudiese generar “cuerpos” y poder identificar/reflexionar sus espacios llenos/vacíos, para luego reparar/resignificar. Pensé que luego del trabajo con la arcilla, sería apropiado continuar con volumen, sin embargo Byron no se sintió cómodo con esto y expresó su descontento.

Cuando la resistencia frente a los materiales o actividades era demasiado fuerte, fue necesario dejar la consigna libre y volver a materiales fluidos que evocaran la conexión con la espontaneidad, la expresión afectiva y las emociones. Habiendo observado la experiencia positiva con este tipo de materiales, podía volver a usarlos para facilitarle a Byron nuevas instancias de reflexión en torno a sus resistencias y el origen de sus emociones.

Teniendo en cuenta lo difícil que era para él enfrentarse a temas como el abuso o el abandono, intenté ofrecerle materiales bien diversos con el objetivo de que tuviera la posibilidad de elegir el material que más le acomodara para representar sus conflictos. De este modo permitiría que Byron sintiera libertad de elegir y también se apropiara de este espacio, mostrándose tal cual era.

d) Respuesta del paciente frente a actividades y materiales propuestos:

Cuando fue necesario, invité a Byron a retomar la obra de la sesión pasada, con el objetivo de observarla y analizarla. En la sesión 7 retomamos la obra de la arcilla (Fig. 2) para transformarla con los materiales de arte, con la intención de darle un nuevo significado. Le entusiasmaba la idea de desestructurar el volumen formado y transformarlo en otra cosa. Lo que sucedió es bien significativo: Byron abrió su cerebro enjaulado y lo transformó según sus palabras: *en una flor o un sol*.



(Fig. 7). Obra sesión 7. Transformación de la obra de la arcilla (Fig. 2).

Técnica mixta: plastilina y témpera.

Al transformar la obra, Byron le da otro significado a su cerebro enjaulado. Antes la obra representaba para él la prisión de sus pensamientos, y luego, la necesidad de sentirse libre: *“Quiero liberarme de todas mis limitaciones. No poder poner*

*límites, me limita*". Hecho que da pie para conversar y reflexionar en torno a sus límites personales: *"Antes no había límites para mí, mi mamá era permisiva conmigo"* *"En mi pasado tuve hartas relaciones sin límites"* *"Si no me pongo límites voy a seguir encerrado"*

Durante esta sesión le comenté sobre el texto de Caponni (2003) y su teoría respecto a la búsqueda de amor en la adultez. Byron reflexiona: *"Es como si me sintiera incompleto. Ella me dejó sólo de niño, entonces ahora yo busco el amor"*

Es bien significativo también lo que ocurrió en la sesión 8 cuando le propuse trabajar con la representación de su niño interior, para identificar el origen de su vacío afectivo y luego repararlo. En esta oportunidad le entregué materiales para trabajar en volumen, sin embargo él se mantuvo en lo bidimensional.

Para introducir la consigna, lo invité a una imaginería en donde debía visualizarse como un bebé en su cuna y frente a una amenaza externa, él debía llamar a su cuidador, el cual no llegaba. Durante la imaginería lo noté rígido e incómodo. Además, hubo un hecho que generó un quiebre en la imaginería: un residente de la Comunidad interrumpió justo en medio del ejercicio, entonces Byron perdió la atención. En consecuencia, tuve que reforzar las normas de la terapia individual a los demás residentes de la comunidad, pues finalmente se estaba poniendo en juego la confidencialidad y resguardo de Byron.

Frente a un tema tan profundo como este, debí haber sido más precavida para asegurar la contención y seguridad que el paciente necesitaba, pues finalmente lo estaba invitando a reflexionar en torno a un tema sumamente conflictivo para él, pero no fui capaz de facilitar las condiciones apropiadas para hacerlo.



(Fig. 8). Obra sesión 8. Técnica mixta / Título: “La cuna de la incertidumbre”.

La obra muestra un niño rodeado por contornos de distintos colores que según Byron representan protección y un fondo que simboliza una cuna verde. A la obra la titula “la cuna de la incertidumbre” pues expresa no saber si su madre acudirá a él frente a una amenaza que lo ponga en peligro: *“Mi instinto dice que tengo una mamá que me tiene que cuidar, que necesito afecto. Pero la angustia aparece porque ese afecto no llega”*

En la sesión 9, cuando le pregunté si quería seguir trabajando con el niño interior, señaló que no, entonces le ofrecí trabajar con consigna libre pero ocupando nuevamente materiales que favorecieran el volumen, esto le generó incomodidad y expresó su descontento. Al momento de elaborar la obra, él escogió 3 materiales: un cilindro de cartón, lana amarilla y alfileres.

Primero envolvió el cilindro en lana amarilla, sin utilizar pegamento, y luego le enterró varios alfileres para terminar rellenándolo con más lana.

Para Byron este cilindro lo simbolizaba a sí mismo: se reconoció como un ser lleno de luz, representado por el color amarillo, pero que cargaba con un intenso

dolor, representado por los alfileres (Fig. 9). En esta sesión Byron expresó: “*No es fácil estar en mis zapatos. Me hago el tonto, no me gusta sentir pena ni rabia*”.



(Fig 9) Obra Sesión 9 con alfileres.



(Fig. 10) Sesión 10. Transformación

Sin embargo, lo que sucedió en la sesión siguiente fue bien significativo: él decidió espontáneamente retomar la obra anterior y transformarla, sacando uno a uno los alfileres (Fig. 10). En ese momento lo invité a poner intención en este acto, procurando sacar alfileres, pero también desprender su dolor. Byron se tomó su tiempo, y mientras sacaba uno a uno los alfileres, me contaba situaciones en donde sufrió violencia y abuso con una expresión de malestar en la cara y tensión en el cuerpo. Sin embargo, después de sacarlos todos, reconoció sentirse más aliviado y eso también se observó en su expresión corporal y facial.

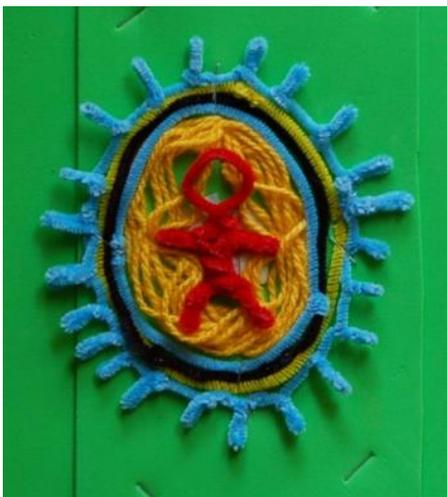
Posteriormente, Byron quiso generar otra obra, en donde se representó a sí mismo como un tiburón lleno de heridas (Fig. 11), pero que ha sobrevivido. En esta sesión le ofrecí nuevamente materiales fluidos. No quise insistir en el volumen, debido a la incomodidad que esto le generaba, además sabía que con las tintas y acuarelas, Byron podía elaborar su obra desde un lugar más seguro y cómodo y volver a reflexionar en torno a aquello que le incomodaba.



(Fig. 11). Obra Sesión 10. Técnica: Acuarela y tinta.

e) Respuesta del paciente frente a la obra artística:

En una oportunidad le mostré al paciente algunas similitudes entre la obra del niño (Fig. 8), y la obra de la arcilla transformada (Fig. 7). El contorno que rodea a ambas figuras centrales de la obra parecía tener demasiada coincidencia. Observando esto, Byron llega a una conclusión: “*Quizás tengo la necesidad de sentirme protegido*”



(Fig. 8) Obra sesión 8.



(Fig. 7) Obra sesión 7.

Luego lo invité a describir la obra del niño para preguntarle si finalmente su infancia fue así, entonces Byron reconoció haberse sentido incómodo durante la imaginación y luego afirma que lo que representó (Fig. 8) fue una infancia idealizada, lo que le hubiese gustado tener.

Para Byron no fue fácil identificar el origen de su necesidad afectiva, sin embargo en la sesión 11 pudo verlo pues la obra que desarrolló lo mostraba evidentemente. En esta sesión Byron estaba muy ansioso. Durante la elaboración de la obra me contó muchas historias que vivió durante la etapa de consumo con actitud de presunción y orgullo, sueños y eventos de autodestrucción relacionados a la necesidad de hacerse visible por su madre y paralelamente sobre una mujer desconocida que vio en una instancia de pase (Instancia en la que sale del recinto de tratamiento con permiso de la Comunidad Terapéutica), describiéndola como el amor de su vida y fantaseando con volver a verla.

La obra (Fig. 12) está recargada de muchas capas de materiales y símbolos de distintos tipos, entre los cuales me llaman la atención especialmente dos: los corazones y las interrogantes, así es que le pregunto por ello.



(Fig. 12). Obra Sesión 11. Técnica mixta. Título: “Universo infinito”

Sobre los corazones, Byron expresó: *“Cuando salga de aquí voy a conseguir una pareja estable, formar una familia, tener un hijo. Me emociona la idea de cuidar a un hijo, darle amor”*. Sobre las interrogantes, manifestó: *“Tengo miedo a que mi madre se siga comportando de la misma forma como cuando vivía con ella. Que ella trabaje y me deje solo en la casa”*

f) Observaciones Significativas:

Para Byron se hace muy importante dar nuevos sentidos a su vida, la adicción ha generado deterioros en muchísimos niveles, y ahora necesita ver las cosas desde otro punto de vista. En esta fase entendió la importancia de resignificar su vida y esto lo hizo simbólicamente transformando sus obras, por ejemplo con la obra de la arcilla (Fig. 2) o la obra de los alfileres (Fig. 10). Con este ejercicio, Byron comprendió que frente a las experiencias que ha tenido se hace evidente la necesidad de actuar de otra forma, generando cambios.

En esta fase, Byron mostró parte de sus resistencias, expresó incomodidad frente a algunas consignas o descontento frente al trabajo en volumen, se resistió a revivir emociones que le recordaban el pasado, constantemente expresó que no quería sentir pena ni rabia, que no podía llorar, que era difícil estar en su lugar. Le costaba aceptar su pasado y eso le generaba dificultades cuando le propuse trabajar con consignas relacionadas a su infancia y a su madre.

Para Byron fue difícil ver esta realidad, sin embargo la obra “Universo infinito” (Fig. 12), mostraba evidentemente que existían miedos frente al abandono, por lo tanto, al observarla, se dio cuenta de que necesitaba trabajar con este tema para avanzar en su proceso.

g) Reacción Subjetiva:

En mi rol como arteterapeuta en práctica, no fui capaz de entregarle a Byron la contención que necesitaba. Tuvo que ocurrir un “accidente” para darme cuenta de que el espacio que estaba ofreciendo no era lo suficientemente seguro, entonces fue necesario reforzar las normas al resto de los residentes para poder recuperar la seguridad que había perdido. También fue importante mostrarle a él que este

espacio era suyo, permitiéndole poner su música, permitiéndole elegir los materiales con los que trabajar. Así Byron se apropió poco a poco, me mostró parte de su mundo y se relajó, me contó anécdotas relacionadas al consumo y evidenció sentir placer frente a esto, se abrió poco a poco. Este cambio pudo haber sido el resultado de un vínculo fuerte, tras recordar el encuadre y las características de la relación, Byron se dio cuenta de que se encontraba en un espacio terapéutico y comenzó a mostrarse tal cual es, con sus miedos y penas.

h) Plan de Acción:

Hasta aquí aparecieron fuertes resistencias frente a trabajar consignas relacionadas al abandono de su madre y al abuso en la infancia, pero se hizo evidente en la sesión 11 (Fig. 12) que Byron tenía cosas por trabajar. De aquí en adelante fue necesario retomar este tema, asegurando este espacio nuevamente, velando por la contención y confidencialidad que Byron necesitaba.

Ayudar a Byron en la tarea de cortar el cordón umbilical, significaba también reforzar su autoestima, ayudarle a seguir identificando aspectos buenos de sí mismo y mostrarle que él era capaz de llenar su vacío afectivo, entregándole herramientas de autonomía.

C) Fase final: Construcción del camino hacia la autonomía.

Esta fase se desarrolló entre las sesiones 11 y 16. En este período Byron fue capaz de observar el origen de su carencia afectiva, se conectó con eventos del pasado y revivió emociones que al principio resistía. Byron se comprometió de lleno con su proceso creativo y sus obras adquirieron poder.

a) Los objetivos de esta fase son:

- Preparar al paciente para el cierre del proceso arteterapéutico.
- Proporcionar instancias de observación y reflexión que refuercen conceptos de autoestima y autonomía a través de distintas técnicas y materiales artísticos.
- Analizar y evaluar experiencias vividas durante el transcurso del taller, por medio de la revisión de sus trabajos y la verbalización.

b) Principales comportamientos observados:

Byron se dio cuenta de que su necesidad afectiva se originó en el abandono que sufrió en la infancia. Por esta razón quiso retomar la consigna del niño interior con el objetivo de reparar sus dolores. Esta vez, se conectó con eventos del pasado, sintiendo emociones que antes reprimía.

Por otro lado, pude percibir a Byron mucho más empoderado que el primer día. Su postura corporal ya no era la misma, se notaba más erguido y relajado, además demostró tener más confianza en sí mismo, y mayor autonomía en sus decisiones.

Ante el término del proceso, Byron nuevamente comenzó a mostrar dificultades para auto regularse, sobretodo en la última sesión. Expresó tener nuevamente bruxismo e insomnio, síntomas que podrían tener relación con la ansiedad que le genera el término de esta terapia.

c) Materiales ofrecidos:

En esta fase se retomó la consigna de la representación de su infancia, entonces nuevamente le ofrecí materiales que propiciaran la construcción de volumen para que Byron pudiese reconstruir y reparar a su niño interior. Pero teniendo en cuenta la experiencia anterior con estos materiales y entendiendo que este era un tema sensible para él, agregué además otro tipo de materiales con el objetivo de que él sintiera libertad de elegir y representar desde sus propios límites.

En varias ocasiones le propuse imagerías para introducir la consigna, para que Byron pudiese mirarse hacia dentro, conectarse con sus emociones y reparar mentalmente, como si fuese real, algunos aspectos de sí mismo o de su vida.

En la sesión 15, le entregué materiales diversos. Anteriormente, Byron me había comentado que quería trabajar con fotos personales, por lo tanto en esta sesión le llevé materiales que favorecieran el trabajo artístico con fotografías; que

propiciaran por ejemplo la intervención de fotos, como también la construcción de una instalación en el espacio, o un volumen para exhibirlas.

Finalmente realizamos una exposición de sus obras dentro de la sala, con el objetivo de observarlas y recorrerlas una a una para recordar los sucesos importantes, los aprendizajes y conclusiones.

d) Respuesta del paciente frente al trabajo y materiales propuestos:

En la sesión 13 Byron decidió retomar la consigna del niño interior. Para esto lo invité a una imagería en donde debía visualizar su infancia, la relación con su madre e identificar las cosas positivas y negativas que ella le entregó.

Durante la imagería percibí a Byron sumamente sensible y perceptivo, incluso comenzó a llorar. Algo que según él, no hacía hace bastante tiempo. ¿Qué te da pena?, le pregunté: *“sentir la ambivalencia de mi mamá, la falta de cuidado”*



(Fig. 13) Obra Sesión 13. Técnica mixta: limpiapipas, telas, cartulina de color, cola fría.

En la obra se representa a sí mismo como una estrella que simboliza su capacidad de resiliencia. El fondo rojo simboliza la violencia en la que vivió. Byron nuevamente se protege con un contorno amarillo: *“yo era mi factor protector”*. A su madre la representa con color verde y le agrega amarillo y negro para simbolizar la ambivalencia afectiva con la que era tratado de niño: *“A veces ella me trataba con amor, y otras veces no. Yo no merecía esto.”*

Byron reconoció que su carencia afectiva se relaciona con la falta de cuidado y amor que tuvo en la infancia. Por lo tanto, quiso en la sesión 14, reparar y llenar esa sensación de vacío. Para esto le propuse una nueva imaginería en la que debía visualizar su yo niño, e identificar las carencias que aún persistían, para que luego, su yo adulto pudiese llenarlas y reparar su carencia afectiva.



(Fig. 14). Obra Sesión 14. Técnica Mixta: Goma eva, telas, limpiapiipas, lentejuelas, cartulinas de colores, cola fría, fieltro.

Durante la imaginería Byron lloró nuevamente. En la obra representó como su yo adulto está conectado a su niño, entregándole protección y cuidado. Los rayos

rojos del ambiente simbolizan la fuerza, la pasión por vivir y las herramientas que tiene ahora. El corazón dorado representa dejar atrás a ese niño pero llevarlo en el corazón. Respecto a lo anterior Byron expresó: *“Me emocioné cuando me vi de niño. Yo lo abrazaba y una luz salía de nuestro abrazo. Luego volábamos y lo llevaba a otro planeta, en un lugar donde siempre iba a estar cuidado por mí. Sentí amor, ganas de vivir, resiliencia. Él me recuerda que no esté triste porque finalmente sobreviví”*

e) Respuesta del paciente frente a la obra artística:

Al momento de observar la obra “Universo infinito” en donde el paciente dibujó sus interrogantes (Fig.12), Byron se dio cuenta de que era necesario trabajar con el tema de la dependencia afectiva, para seguir avanzando en su proceso. Por esta razón le propuse en la sesión 12, realizar una imaginería en la que debía cortar el cordón umbilical que lo ataba a su madre y seguir su propio camino.

En la obra Byron dibujó una escalera de piedra por la que va subiendo. Él representa a su madre de color verde, a quien lleva en el corazón, dejándola atrás. Al final del camino representa sus metas y objetivos.



(Fig. 15). Obra sesión 12. Técnica: Lápices pasteles y cartulina.

En esta obra el paciente representa el momento en que corta el cordón umbilical.

Me llamó la atención la manera en que representó la escalera, así es que le pregunté: ¿Por qué una escalera de piedra?: *“porque me imaginé una escalera como las del cerro san Cristóbal, que pueden ser difíciles de subir rápido”*.

Cuando me dijo esto, lo relacioné mentalmente con su tendencia a la búsqueda de placer inmediato, y pensé que este camino para Byron podría significar un esfuerzo. Entonces, para intentar darle mayor seguridad y confianza, le comenté que para mí, la piedra también representa algo estable, firme y sólido, por lo tanto si la escalera es estable y segura, no debiese ser tan complicada de subir. Esto le hace mucho sentido y exclama: *“¡Justo ayer le di el mismo consejo a un compañero! Le dije que no tuviera miedo de seguir su camino”*.

Esto le hizo sentir confiado y contento, así es que antes de despedirnos agradeció profundamente la ayuda que le brindé durante este proceso.

En la penúltima sesión Byron decidió llevar fotos personales para ocuparlas en la elaboración de la obra. Primero las observó y luego, escogió aquellas que representaban momentos significativos de su vida, que le hacían sentir bien: retratos de su familia, de sus amigos de infancia, de momentos felices. Eso le hizo sentir contento y reflexionó que al final su vida no fue tan mala.

Por otro lado, Byron conservaba un retrato de su tío junto a él, aunque no la seleccionó para la obra. Cuando le pregunté por qué guardaba esta foto, él no supo que responder. Frente a esto le propuse hacer un rito con la foto, como quemarla o intervenirla para desprenderse de su pasado, pero Byron no quiso. Afirmó que prefiere conservarla porque a pesar de todo, aprecia a su tío.



(Fig. 16) Sesión 15. Byron selecciona las fotos para intervenir mientras me cuenta lo que retratan.

f) Observaciones significativas:

En esta fase Byron se dio cuenta que hay cosas que le falta trabajar y decidió retomar la consigna de su niño interior y elaborar el tema de la dependencia con su madre. A través de las imagerías él pudo revivir eventos de su infancia y transformarlos en su mente como si fuese real, un ejercicio que le mostró el potencial que tiene para reparar las heridas de su vida. Conectándose con estos eventos del pasado, él comenzó a revivir y expresar emociones que durante mucho tiempo, estuvieron contenidas, sin poderlas comunicar, un primer paso para conectar con el origen de su dolor y a partir de ahí generar cambios (Guajardo y Kushner, 2011).

Byron comenzó a ver aspectos positivos en sí mismo. Se reconoce como su propio factor protector, como un ser lleno de luz, como un sobreviviente. Luego cuando revisaba sus fotos, se dio cuenta de que la mayoría retrata momentos felices de su vida: *“Al final mi vida no ha sido tan mala”*

Byron ya no se preocupaba por el orden o la belleza, su obra adquirió cada vez una estética más abstracta y desorganizada. En esta fase sus imágenes dejaron de ser esquemáticas y adoptaron profundo sentido. Schaverien (1999) define 2 tipos de imágenes en Arteterapia: esquemáticas y encarnadas. Las primeras generalmente proyectan formas de un territorio mental conocido, una ilustración

de un sentimiento o una emoción, pero de manera superficial, por lo tanto son fáciles de traducir en palabras (Marxen, 2011). En cambio las imágenes encarnadas proyectan muchas veces aspectos mentales inconscientes o emociones y sentimientos profundos que son difíciles de poner en palabras, son la encarnación de ese sentimiento. Estas imágenes se convierten en un campo de experiencia emocional para el autor (Marxen, 2011).

g) Reacción subjetiva:

A pesar de que a lo largo del proceso fue necesario remarcar los límites del encuadre en reiteradas ocasiones, Byron nuevamente se mostró ansioso ante el término de la terapia individual, lo que implicó nuevos desafíos para generar el cierre de la sesión. Este espacio se ha transformado en algo muy importante para él: en terapia individual él puede abrir temas que en terapia grupal no puede pues no se expone frente a los demás residentes y no se siente vulnerable. Ante el término del proceso él se expresó volver a sentir dolores de cabeza y padecer insomnio.

Para mí también fue un trabajo despedirme de este espacio y del paciente. También fue necesario anticipar el término de la terapia para darme cuenta de que debía poner todo mi esfuerzo en entregarle lo necesario para que pudiese verse como un ser autónomo y dejarlo recorrer lo que queda de su proceso sin mi ayuda. En esta primera experiencia como arteterapeuta en un espacio de terapia individual, ocurrieron procesos complejos que tuve que saber manejar. Por ejemplo, frente a la relación transferencial y a como Byron me veía en un principio, me sentí responsable y me pregunté: ¿En qué me he equivocado para que él se interese por mí de otra forma? Luego, no sabía cómo remarcar los límites, desde que punto de vista debía hacerlo, ¿Debía decirle que me sentía incómoda? ¿O debía mostrarle simplemente que hablar sobre mis intereses personales no correspondía en un espacio de terapia? ¿El vínculo se vería afectado? La verdad es que no tenía mucha experiencia personal en poner límites y Byron me mostró que tenía que aprender a ponerlos.

### 2.8.2 Análisis y Discusión

En este último apartado, es importante hablar sobre varios aspectos que fueron significativos en esta experiencia. En primer lugar, es fundamental realizar un análisis de las obras según la evolución visual de las imágenes y la correspondencia de estas imágenes con el proceso terapéutico de Byron. En segundo lugar, la manera en que el vínculo terapéutico influyó en el proceso terapéutico de Byron y por lo tanto en el proceso creativo y la calidad de la imagen. Y por último, hablar sobre la importancia de la relación triangular: obra-terapeuta-paciente, para entender como esta relación terapéutica se fue construyendo y cómo esto influyó positivamente en el proceso arteterapéutico.

En la primera fase, Byron demostró confianza hacia mí como arteterapeuta, se abrió y me cuenta sobre sus experiencias de dolor, pero al mismo tiempo se interesó por mi vida personal, ¿esto significa que confiaba en mí pero esperaba algo a cambio? En esta etapa la relación terapéutica se volvió confusa pues Byron comenzó a preguntarse sobre mi vida personal e intentó probar mis límites. Al mismo tiempo, sus imágenes hablaron de una preocupación estética. Su comportamiento frente a los materiales era cuidadoso y detallista. Byron intentaba controlar el resultado de sus obras, tendía a mostrar ansiedad frente a materiales de poco control como la tinta o la arcilla, y frente a errores técnicos no planificados.



(Fig. 5) “Corazón atrofiado” Sesión 2



(Fig. 1) Línea de tiempo. Sesión 3



(Fig. 6) “Velar por la flor de mi dolor” Sesión 4

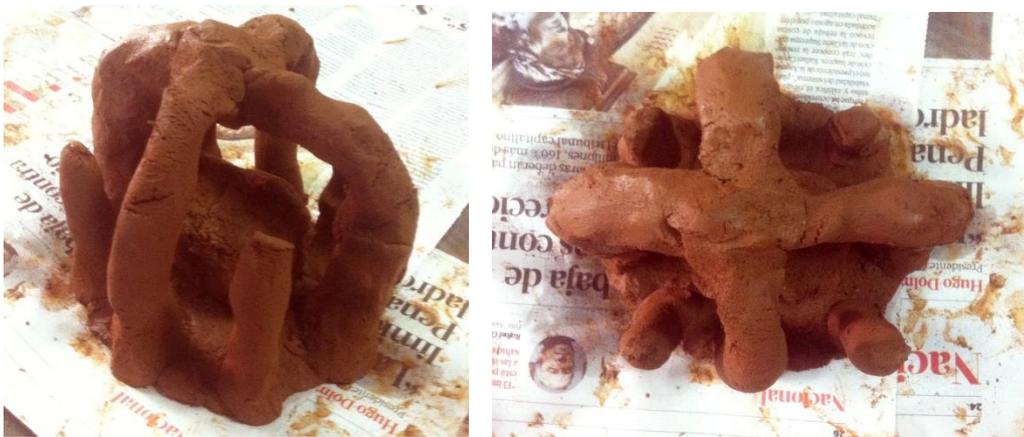
(Fig. 4) Reparando el dolor. Sesión 5

Al darme cuenta de su preocupación por el detalle y sus habilidades técnicas con materiales de mayor control, le ofrecí materiales fluidos a modo de generar menos censura en su proceso creativo. Es cuando a partir de la sesión 4, comenzó a aparecer un elemento que parecía dar luces de un aspecto inconsciente y significativo para él: Byron utilizaba un elemento gráfico para delinear la figura principal con un color diferente, delimitando la figura del fondo (Fig. 6 y Fig. 4). Este contorno parecía estar conteniendo la figura principal y separándola de lo que la rodea. Este elemento tiende a repetirse en la primera y segunda fase, pero es en la segunda fase cuando cambió su significado.

Hasta este momento, Byron ha demostrado tener afinidad con la expresión artística, habilidades técnicas con los materiales y facilidad para representar a través de la imagen. Por ejemplo, Byron utilizaba códigos para simbolizar ciertas cosas: para él, el amarillo representaba luz, algo que necesitaba en su vida para cambiar, el negro en cambio representaba la obscuridad, el dolor que ha vivido. El verde, la mayoría de las veces, representaba a su madre y el rojo en algunos casos resiliencia y fortaleza, y en otros, adversidad y violencia.

Por otro lado, cuando le ofrecí materiales fluidos y de menor control, Byron mostró que algo le incomodaba. ¿Es esta incapacidad para controlar el material, que mostró un lado de sí mismo más vulnerable, lo que le incomodó? ¿Él se resistió a mostrarme sus debilidades?

Al insistir en materiales de menor control, hubo menor censura en el proceso creativo, por ejemplo con la arcilla. En esta sesión hubo varios factores que pudieron incidir en el proceso creativo del paciente: Primero, frente al hecho de que Byron se confundió respecto a la relación terapéutica, fue necesario remarcar los límites del encuadre y la relación, entonces Byron representó la prisión de sus pensamientos en un volumen que tituló “cerebro enjaulado” (Fig. 2) . Por otro lado, el material que le ofrecí era muy difícil de controlar para él, por lo tanto las dificultades técnicas que le exigía no daban espacio para controlar la estética en el resultado.



(Fig. 2) “Cerebro enjaulado” Obra sesión 6 (Fig. 2) Vista superior

Destaco en esta sesión la importancia de generar la discusión en torno a la obra. Cuando Byron se preguntaba sobre mis intereses personales y mis planes para el fin de semana, la relación entre nosotros se tornaba confusa, pues me parecía que hablar sobre mí, generaba una sensación de intimidad que a mi parecer no correspondía en un espacio de terapia, entendiéndolo que Byron tenía experiencias anteriores en donde los límites de la relación terapéutica no estaban bien definidos. Además, al volver la atención hacia la obra aparecía un intermediario que generaba una distancia entre él y yo, y nos protegía a ambos. (López, 2009)

La obra de la arcilla nuevamente representa una figura que contiene a otra y la delimita con el exterior, pero esta vez en volumen. El análisis de esta figura es mucho más potente que las imágenes bidimensionales, porque invita a observarla desde distintos puntos de vista: arriba, por el costado, adentro, afuera.

El cerebro enjaulado representó para Byron la prisión de sus pensamientos. Para el paciente, es muy difícil regularse: cuando algo le resulta placentero no puede parar, como con este espacio, conmigo o en otro extremo, con la droga. Pero con esta obra, Byron pudo observar lo que le pasaba y se dio cuenta de la importancia de auto-regularse, él fue capaz de reflexionar en torno a sus límites, confirmándose en la sesión siguiente.



(Fig. 7) Transformación de la obra arcilla (Fig. 2).



(Fig. 7) Vista superior

Byron transformó la obra de la arcilla (Fig. 2) y abrió la prisión del cerebro enjaulado para convertirla, según él, en una flor o un sol, en algo positivo para él.

Lo pintó de amarillo para representar luz; y le pintó un centro de color rojo que lo delimitó con un contorno de plastilina para representar que aún existen estos límites.

Al momento de socializar en torno a la obra le pregunté: ¿Al abrir la prisión del cerebro enjaulado, los límites desaparecen?, a lo que él responde: “*No. porque es necesario ponerme límites. Si no me pongo límites voy a seguir enjaulado*”.

Byron se dio cuenta que se encontraba en un espacio de terapia y entendió la importancia de regularse. A partir de la sesión 7, él comenzó a mostrarse de otra forma: empezó a profundizar en lo que le ocurría, ya no era complaciente con las actividades que le proponía y se resistió, comenzó a mostrar sus miedos, sus dolores. El vínculo terapéutico se fortaleció.

En la 8ª sesión Byron representó su niño interior como un niño protegido y lleno de color y nuevamente utilizó este contorno que delimitaba la figura central del exterior (Fig. 8). Al mostrarle este símbolo que tiende a repetir en otras obras, Byron expresó: “*Quizás necesito sentirme protegido. ¿Byron comenzó a mostrar su lado vulnerable?*”

Al parecer la consigna que le propuse es difícil para él. Además las condiciones de la terapia no fueron las más adecuadas pues no pude proveer la seguridad necesaria para elaborar este tema. Luego al momento de elaborar la obra, Byron prefirió mantenerse en lo bidimensional, aunque los materiales invitaran a la construcción en volumen. Frente a esto me pregunté: ¿Byron prefirió mantenerse en lo bidimensional porque es un terreno conocido para él y esto le hace sentir seguro? ¿Hay algo en el volumen que le produce desconfianza, miedo o vulnerabilidad? O frente a la consigna y las condiciones materiales de esta sesión, ¿Byron representa un niño idealizado? O simplemente ¿fue esta la profundidad que pudo sostener?



(Fig. 8) Obra Sesión 8



(Fig. 9) Obra Sesión 9

Hay algo en esta sesión, que le genera mucho conflicto y es difícil para él elaborarlo. Siento que no es casual que en la sesión siguiente él rechace mi propuesta de seguir trabajando con el niño interior y que luego se represente a sí mismo como un cuerpo clavado de alfileres (Fig. 9). Byron expresó que estos alfileres le recuerdan el dolor que siente: *“No es fácil estar en mis zapatos. Mi infancia fue dolorosa. Me maltrataban, estaba solo. Mi papá me rechazaba, siempre pensé que yo era el problema. Cuesta aceptar la vida.”*

En este contexto, nuevamente se hace necesario destacar la importancia de generar la conversación en torno a la obra. Poner la atención en lo que la obra representa

permite generar un diálogo que pone en la mesa observaciones objetivas que generan cuestionamientos subjetivos en el paciente. La obra lo protege, pues no hablamos directamente de él, sino de lo que la obra representa.

Por ejemplo, en la sesión 8, la obra representa una infancia idealizada y frente a esto Byron fue capaz de ver su resistencia para elaborar este tema, y al observar este contorno que tiende a repetirse, el paciente fue capaz de reflexionar en torno a su necesidad de protección.



(Fig. 3) Representación de sus dolores físicos (Fig. 4) Transformación de la obra, reparando el dolor.

Byron comenzó a mostrar mayor autonomía en sus decisiones. Cuando en la sesión 5 le mostré la posibilidad de transformar la obra con el objetivo de reparar su dolor (Fig. 3 y Fig. 4), él se dio cuenta del potencial que tiene para resignificar su vida y comenzó a transformar sus obras de manera espontánea, no sólo en su forma sino también en su contenido. La obra artística no sólo le sirve para expresar y observar internamente lo que le pasa, sino también para transformar sus estructuras mentales y generar nuevos sentidos de entendimiento: En la sesión 10, mientras Byron sacaba los alfileres de la obra me hablaba sobre el abuso y el abandono con una expresión de dolor en el rostro, pero luego de sacarlos todos (Fig. 10), afirmó sentirse más aliviado, y eso también se observó en su expresión y su postura. Además expresó que la obra ahora representa sólo los aspectos positivos de sí mismo: *"Soy compasivo, tolerante, resiliente, creativo. Soy buena persona"*



(Fig. 10) Byron deja sólo la lana amarilla para representarse a sí mismo como un ser lleno de luz

(Fig. 11) Byron expresa: *Yo soy mi propio factor protector*

Luego elaboró la obra del tiburón (Fig. 11) y expresó: “*Yo soy mi propio factor protector*”. Byron nuevamente delineó la figura con un contorno, pero ahora le dio otro significado: en lugar de representar la necesidad de protección, ahora simbolizaba resiliencia: “*A este tiburón lo han querido cazar, pero ha sobrevivido*”. Byron comenzó a destacar aspectos positivos de sí mismo, en lugar de percibirse como alguien vulnerable y frágil, se vio a sí mismo como un sobreviviente.

A partir de aquí, las imágenes del paciente comenzaron a cambiar: adquirieron un carácter mucho más desorganizado. Byron dejó de preocuparse por el resultado estético y por mantener orden o limpieza y su proceso creativo se volvió más espontáneo. En la sesión 11 por ejemplo, Byron elaboró una obra mientras me contaba historias de consumo, de abandono y de amor, sin un hilo conductor claro.



(Fig. 12) “Universo infinito” Símbolos que representan miedo al abandono y el deseo de ser amado.

Durante el proceso, Byron fluyó sin censura y al terminar apareció una obra recargada de muchas capas de material y diversos símbolos: *“Me quedó bien abstracta. Casi no me di cuenta de lo que estaba haciendo”*.

En esta obra Byron representó todo su universo: su deseo de tener pareja, sus miedos al abandono, sus experiencias positivas y negativas de vida.

Byron se conectó consigo mismo a través de la creación espontánea. Nuevamente, la obra habló por él. Y es en la conversación que le propongo, en los cuestionamientos objetivos que le hago respecto a lo que se ve, donde él encuentra respuestas a su comportamiento. Mi rol en este sentido, fue facilitar el entendimiento, si él no era capaz de ver, yo le mostraba sutilmente, entonces él veía lo que le pasaba, observaba, comprendía, se conocía.

En la obra “universo infinito” (Fig. 12) Byron pudo ver en lo tangible sus miedos frente al abandono de su madre y decidió elaborar este tema. Por lo tanto en la sesión siguiente le propuse a través de una imagería, cortar el cordón umbilical que lo unía a su madre (Fig. 15).



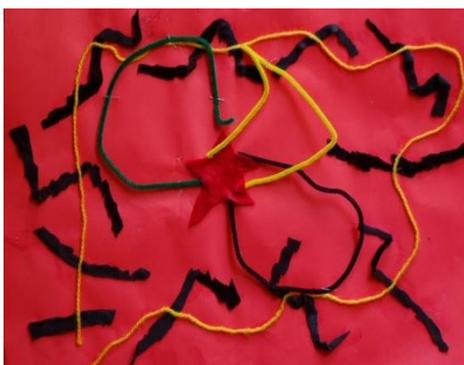
(Fig. 15). Obra sesión 12. Técnica: Pastel graso. Consigna: “cortar el cordón umbilical”

Al momento de socializar, Byron expresó que durante la imagería sintió tristeza pero luego sintió alivio. De algún modo, el Arteterapia le ayuda a vivir algo como si fuese real. Al proyectar su mundo interno en lo tangible, el paciente puede observar y resolver aquello que estaba inconcluso (López, 2009). “Las artes nos liberan de lo literal, nos permiten ponernos en el lugar de otras personas, y experimentar de una manera indirecta lo que no hemos experimentado directamente” (Eisner, 2004, p. 28)

En las sesiones siguientes, Byron cerró un proceso que se inició en la segunda fase con la representación idealizada de su niño interior. En la sesión 13 lo invité a retomar esta consigna y esta vez accedió.

Durante la imaginación que le sugerí, Byron revivió eventos de su infancia y se conectó con su dolor. Luego representó un entorno caracterizado por la violencia (Fig. 13): *“El rojo representa el campo de batalla”* y al vínculo con su madre marcado por la ambivalencia: *“A veces recibía amor y otras veces no”*. Además, nuevamente delimita una parte de la obra con una línea amarilla: *“Tuve que protegerme sólo. Esta es mi resistencia”*

¿Por qué Byron decidió trabajar ahora con esta consigna? ¿Ahora se sentía más seguro y contenido? ¿Ahora pudo verlo con distancia?



(Fig. 13). Obra sesión 13



(Fig. 14) Obra sesión 14

Durante el proceso, se generó el diálogo en torno a la obra con el objetivo de que Byron observara en lo tangible, aquello que había proyectado internamente. Con este ejercicio, el paciente pudo observarse a sí mismo, y enfrentarse a algo que anteriormente le pareció amenazante:

Quando un impulso prohibido ha encontrado forma fuera de la psique del paciente, este consigue separar su conflicto y permite examinar sus problemas con mayor objetividad. Así se ayuda al paciente a reconocer gradualmente que sus producciones artísticas suponen un espejo en el que puede empezar a encontrar sus propios motivos revelados (Naumburg, 1987, p.3, citado en López, 2009, p. 41)

En la obra de la sesión 14 (Fig. 14), nuevamente apareció la importancia del uso de la imagen como potencial reparador. Con la imaginería que le propuse, el paciente fue capaz de vivir algo como si fuese real, y luego en la representación él lo hizo tangible. De este modo, Byron experimentó la sensación de reparar su herida, y fue capaz de observar el potencial que tenía para llenar ese vacío. La imagen le entregó la posibilidad de reconstruir lo que estaba roto, de vivenciar lo que no ha vivido. (López, 2009)

Mi rol durante todo este proceso, fue de acompañar, contener frente a la emoción y facilitar la observación y comprensión de nuevos sentidos, utilizando la obra como foco de la conversación. Los desafíos en este caso fueron bien significativos, en un principio tuve que aprender a establecer límites, hice uso de la relación transferencial en favor de la terapia, mostrándole a Byron que se encontraba en un espacio terapéutico y que la relación entre nosotros debía establecer desde esos parámetros. Le mostré con mi ejemplo la necesidad de establecer límites en este espacio y Byron fue capaz de reflexionar en torno a sus límites personales en otros ámbitos de la vida. Esto favoreció el vínculo terapéutico y generó un ambiente de confianza, en donde el paciente comenzó a mostrarse tal cual era: con sus miedos y resistencias. Luego tuve que reforzar la seguridad del espacio pues me di cuenta que no estaba brindando un espacio lo suficientemente seguro para el paciente.

Con el uso de la obra como foco de la terapia, le mostré lo que faltaba por trabajar. En un principio él era complaciente, hacía lo que yo le pedía, esperaba mis instrucciones para actuar, pero luego él comenzó a mostrarse autónomo. Entendió su capacidad para reparar su vida y a pesar de todo lo traumático que le tocó vivir, comenzó a reconstruir su autoimagen, a destacar aspectos positivos de sí mismo y a fortalecer su autoestima.

### **CAPÍTULO 3: CONCLUSIONES**

De los muchos aprendizajes que vivencié en esta experiencia, quizás uno de los más relevantes, fue la importancia de establecer límites desde distintos puntos de vista en un contexto donde no estaban bien definidos: El encuadre por un lado, permitió delimitar este espacio de manera concreta; el diseño de las sesiones en 3 fases por otro, entregó la estabilidad necesaria para generar un ambiente seguro y organizado; el uso de distintos materiales presentó la posibilidad de reflexionar en torno a las capacidades y los límites personales; y finalmente la metodología, pasando desde sesiones no-directivas a semi-directivas, presentó un ritmo de trabajo que permitió al paciente apropiarse de este espacio y mostrar autonomía en sus decisiones.

Entendiendo los antecedentes de abuso sexual y adicciones que el paciente presentaba; y que por esto y otras razones, desarrolló serias dificultades para establecer límites a los demás y sí mismo; fue necesario recordar los tiempos de las sesiones, las características del encuadre y de la relación terapéutica, a pesar de que en un principio se establecieron con claridad. María Llanos (2010) afirma que para generar un ambiente de terapia adecuado y favorecer la construcción del vínculo terapéutico, conviene remarcar los límites del encuadre, especialmente para personas que han sido vulneradas sexualmente en la infancia, pues muchas veces son éstas mismas quienes tienden a provocar la ruptura de estos límites.

En base a un primer diagnóstico, en donde se entrevistó al paciente, se revisó su ficha clínica, y se conversó con algunos miembros del equipo clínico, se presentó un objetivo que buscó generar un espacio de expresión promocionando recursos de autoconocimiento y autonomía. El consumo reiterado de alcohol y cocaína generó en el paciente serias dificultades para expresar sus emociones, tanto por el aplanamiento emocional como por el aislamiento social que produjo la ingesta de droga (Gaete, 2015; Guajardo y Kushner, 2011; Puentes, 2005; Armendáriz y Schilkrot, 2004) y en este sentido, el Arteterapia proporcionó al paciente un medio seguro para expresar sus emociones y conflictos.

Además, el paciente presentó a lo largo del proceso una necesidad de afecto constante que probablemente se originó en su infancia y que quizás en su etapa de

consumo pudo satisfacer debido al efecto placentero de la droga. Pero encontrándose en abstinencia, la necesidad de afecto se presentó con fuerza, y el Arteterapia le entregó la posibilidad de reflexionar sobre la dependencia afectiva y permitirle generar recursos de autonomía.

El concepto de autonomía fue clave en este proceso y la construcción de este espacio terapéutico favoreció paulatinamente el fortalecimiento de estas habilidades: Byron al comienzo se mostraba complaciente y elaboraba la obra sin mostrar resistencias, pero a medida de que el proceso fue avanzando, fue mostrando aspectos conflictivos, no integrados o no conscientes, por lo que fue importante poner el foco de la conversación en la obra y llevar la atención hacia la observación y análisis del material tangible, para intentar guiar al paciente hacia la resolución de conflictos. Cuando el paciente fue capaz de observar en la obra aquello que le pasaba, comenzó a mostrar mayor autonomía en sus decisiones: puso su música, transformó sus obras en contenido y forma, se negó a trabajar con ciertas consignas y/o materiales para luego retomar y volver a elaborar. Byron se mostró como un sujeto activo y en la tercera fase de este proceso comenzó a dar luces de su independencia (López, 2009).

El uso de materiales contribuyó también a la reflexión en torno a los límites. Al ofrecerle materiales de menor control como la arcilla o el material de desecho, pude observar cómo el paciente se enfrentaba a una situación que no podía dominar, que le exigía ampliar sus límites conocidos y explorar otras áreas de su proceso creativo. Con la arcilla por ejemplo fue necesario auxiliarlo en reiteradas ocasiones debido a las dificultades técnicas que le exigía, pero a medida de que el paciente interactuaba con el material, iba adquiriendo poco a poco mayor independencia y ya no necesitaba de mi ayuda, mostrando así luces de su autonomía.

Los materiales que lo llevaban al límite de sus capacidades, permitían generar reflexiones/transformaciones en torno a sus comportamientos, descubrimientos de sí mismo. Paín y Jarreau (1995) afirman que en Arteterapia los materiales de arte deben variar cíclicamente, pues si se mantiene la misma técnica, el comportamiento también tenderá a repetirse. En cambio, al ofrecer distintos materiales se brinda la

oportunidad de generar transformaciones en el comportamiento, incluso frente a situaciones que en un principio se presentaron como amenaza.

López (2009) afirma que fomentar al paciente a utilizar materiales nuevos, que impliquen a veces dificultades técnicas, le permite desarrollar estrategias que pueden ser aplicadas también en la vida real:

“Las personas se suelen enfrentar a los problemas plásticos de forma muy similar a como lo hacen con el resto de las dificultades cotidianas, por lo tanto, cuando se reflexiona sobre los problemas plásticos se está planteando indirectamente sobre cómo se actúa en la propia vida”  
(López, 2009, p. 38)

Los materiales de arte entonces, le ofrecieron un medio seguro para expresar sus emociones, deseos y conflictos internos en un lenguaje plástico y simbólico, pero también entregaron la posibilidad de ampliar las capacidades técnicas e indagar en terrenos creativos desconocidos, implicando menor control técnico y menor censura en el proceso creativo, adentrándose en el autodescubrimiento y encontrándose así con factores propios de su identidad. Como diría Winnicott (1979): “el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador” (p. 51).

Por otro lado, la obra se transformó en un intermediario seguro para ambos, que apoyó la comunicación entre terapeuta y paciente, favoreciendo la construcción del vínculo. Hubieron varios factores que beneficiaron esta construcción: transferencialmente, tener una edad similar a la de él y ser del sexo opuesto, probablemente levantó en Byron un deseo de mostrarse tal cual es, en un espacio íntimo y de confianza, que sin duda para él, significó en un principio, más que una relación terapéutica. Pero al darme cuenta de esta situación tuve que aprender a demarcar el espacio con el fin de fomentar una relación honesta en favor de la terapia, poniendo siempre el foco de la conversación en la obra: “la transferencia con el terapeuta puede resultar a menudo demasiado amenazante, y aquí el cuadro ofrece una distancia aliviadora entre arteterapeuta y paciente. La obra permite, así pues, una relación simbólica y cumple una función mediadora” (Marxen, 2011, p. 91)

Otra de las fortalezas que destaco de este proceso, fue el momento en que Byron se dio cuenta de que él era capaz de transformar su vida a través de la re-significación de sus obras artísticas. Fue importante propiciar un espacio para que él las observara, permitiéndole reflexionar en torno a su infancia, la conducta adictiva, a los límites personales y a sus emociones, y luego ofrecerle la oportunidad de transformarlas:

Hay mucho por comunicar, por expresar, pero eso no basta, también hay que re-simbolizar todos aquellos recuerdos y experiencias que siento amenazan mi integridad, en lucidez las emociones y los recuerdos salen a flote y debo enfrentarlos y aprender a verlos de otra forma, para que dejen de ser amenazantes (Gaete, 2015).

De esta manera: al resignificar lo tangible en lo externo, también podría transformar lo interno. Winnicott (1979) habla de que la experiencia creadora permite conectar la realidad psíquica interna y el mundo exterior y a partir de ahí generar cambios en la psiquis. Fiorini (1995) por otro lado, explica que al conectarse con el proceso creativo, el sujeto puede desorganizar formas establecidas en la psiquis y trabajar la reorganización de nuevas formas o nuevos sentidos. López (2009) afirma que el Arteterapia ofrece un espacio intermediario por el cual el paciente puede revivir experiencias infantiles, con seguridad y dominio. Si estas experiencias condujeron a estados patológicos, por ilusiones/desilusiones de una madre no suficientemente buena, el Arteterapia ofrece un medio por el cual retomar aquello y reiniciar las vivencias a través de otros caminos de entendimiento: haciendo frente al fracaso, mejorando la tolerancia a la frustración, y conduciendo hacia la autonomía y realización personal. De esta manera, al transformar lo tangible en la obra, Byron fue capaz de transformar su percepción sobre sí mismo, mejorando su autoestima y fortaleciendo sus herramientas de autonomía.

Por último, es necesario destacar la evolución de la imagen que presentó Byron a lo largo del proceso. Esta transformación pudo tener relación con la construcción del vínculo terapéutico: a medida de que la alianza terapéutica se consolidó, las imágenes encarnadas comenzaron a aparecer. (Schaverien, 1999).

En la primera etapa, cuando el vínculo estaba recién construyéndose, Byron mostraba preocupación por el resultado estético de sus obras, intentando controlar la limpieza en la obra. Al comienzo él demostró dominio técnico con algunos materiales y frente a los que no podía manejar, demostraba ansiedad e incomodidad. Como resultado, aparecieron imágenes más bien esquemáticas (Schaverien, 1999)

Pero a medida de que el vínculo fue fortaleciéndose; desde que se recordaron las características del encuadre; se favoreció un entorno seguro y de confianza, en donde Byron se apropió del espacio, y permitió conectar con temas significativos para él; las imágenes dejaron de ser organizadas y adquirieron sentido, revelando estados emocionales profundos. Al final del proceso, sus obras adquirieron poder:

Cuando se abre a sí mismo al poder de proceso de hacer una imagen, las imágenes empiezan a ser afectivas. Cuando esto es reconocido por el paciente, las imágenes subsecuentes se invierten con más afecto; para comprometerse con ellas y que se vuelvan una manera poderosa de revelar fuerzas inconscientes. Es como si el cuadro, en el proceso de elaboración adquiriera poder. (Schaverien, 2005, p.6)

Esta experiencia de práctica significó diversos aprendizajes para mí. Sin duda el ámbito de adicciones es un contexto complejo en donde pueden existir muchos prejuicios en torno a la enfermedad, pero desde el Arteterapia, aprendí que los juicios no deben existir, pues en lugar de juzgar, el arteterapeuta debe acompañar y ser testigo del proceso del otro desde una mirada amorosa y empática. Ponerse en el lugar del otro y ser capaz de observar todo detalle.

La descripción de la madre suficientemente buena que hace Winnicott (1979) hace sentido para resumir el rol del arteterapeuta en un espacio terapéutico: por un lado, el/la terapeuta debe contener al paciente; en sentido abstracto y no figurativo, pues la distancia física genera también un límite necesario para diferenciar una relación simétrica, con una relación terapéutica asimétrica (Curriá y Villanueva, 2012); y por otro lado, el/la terapeuta debe facilitar el contacto con la realidad, mostrándose perceptivo(a) quizás en un principio frente a todas las necesidades del paciente, y paulatinamente entregándole la posibilidad de enfrentarse a los obstáculos del mundo real, disminuyendo su dependencia y fortaleciendo su autonomía.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth, M., (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. [Versión electrónica]. Bulletin of the New York Academy of medicine, Vol 61, n9.
- Allen, P. B., (1997). Arteterapia. Guía de Autodescubrimiento a través del arte y la creatividad. Gaia Ediciones, Madrid.
- Armendáriz, M., Schilkrut, R., (2004). Droga y alcohol: Enfermedad de los sentimientos, Aguilar Chilena de Ediciones, Chile S.A., El Mercurio S.A.F.
- Barudy, J., Dantagnan, M., (2005). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Barudy, J., (1998). El dolor invisible en la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Paidós Terapia Familiar, Barcelona.
- Barudy, J., (1999). Maltrato infantil. Ecología social: Prevención y Reparación, Editorial Galdoc, Santiago, Chile.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. y Liese, B. (1999). Terapia Cognitiva de las Drogodependencias. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Bowlby, J., (1996). Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría de Apego, Barcelona, Ediciones Paidós.
- Bravo, M., (1994). Incesto y Violación. Características, implicaciones y líneas terapéuticas del Abuso Sexual. Ediciones Academia de Humanismo Cristiano. Santiago de Chile.
- Cantón, J., Arboleda, M. J., (2011), Malos tratos y Abuso sexual infantil: causas, consecuencias e intervención. Siglo XXI de España Editores S.A.
- Caponni, R., (2003), El amor después del amor, Random House Mondadori, Santiago, Chile.
- Casari, L., Albanesi, S., Maristany, M., Ison, M., (2016). Estilo personal del terapeuta en psicoterapeutas de adicciones. [Versión electrónica] Revista Argentina de Clínica Psicológica 2016, Vol. XXV, N°1, 17-26
- Chile, Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol. (2014).

Décimo Primer Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile. Santiago.

- Curriá, M., Villanueva, J., (2012). Competencias profesionales e investigación en Arteterapia. [Versión electrónica]. Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social v7, 13-26
- Dalley, T. (1987). El arte como terapia. Barcelona: Herder
- Eisner, E. (2004). El arte y la creación de la mente. Barcelona: Paidós.
- Fiorini, Héctor, (1995), El Psiquismo creador, Teoría y clínica de procesos terciarios, 2da edición, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.
- Florenzano, U., R., (2002). El adolescente y sus conductas de riesgo, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Gaete, B., Arteterapia y Adicción. Asociación Chilena de Arteterapia, Boletín N°11 - Junio 2015
- Guajardo, H., Kushner, D. (2011). Trabajar con las emociones en el tratamiento de los trastornos adictivos. Editorial USACH, Santiago, Chile.
- Kuhar, (2016). El cerebro adicto. Por qué abusamos de las drogas, el alcohol, la nicotina y muchas cosas más. Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Klein, J.P., (2009). Arteterapia, una introducción. Ediciones Octaedro, S.L., Barcelona, España.
- Lecannelier, F., (2009), Apego e Intersubjetividad II. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. Segunda Parte: La Teoría de Apego, Santiago, Ediciones LOM.
- Llanos, M., (2010). El Corazón bajo la Cama. Arteterapia con una Niña Superviviente de Abusos. [Versión electrónica]. Arteterapia: Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social, v5, 125-135
- López, M. D., (2011). Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. [Versión electrónica]. Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social v6, 183-191
- López, M. D., (2009). La intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español, Tesis Doctoral, Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica. Universidad de Murcia, Septiembre.

- Marxen, E., (2011). Diálogos entre Arte y Terapia. Del Arte psicótico al desarrollo de la Arteterapia y sus aplicaciones. Editorial Gedisa, S.A., España.
- Mayor, L., (1995). El cambio en las conductas adictivas. Revista de Psicología de la PUCP. V13, N° 2.
- Orguillés, P., (2011). Arteterapia en las drogodependencias [Versión electrónica] Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social v6, 135-149.
- Paín S., y Jarreau, G., (1995). Una psicoterapia por el Arte. Teoría y Técnica. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
- Pereda, N., (2010). Consecuencias Psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. [Versión electrónica] Papeles del Psicólogo. v31 (2), 191-201.
- Puentes, M., (2005). Detrás de la Droga. Raíces espirituales, sociales, familiares, psicológicas y orgánicas de la problemática de la drogadicción. Lugar Editorial S.A., Buenos Aires.
- Schaverien, J., (2005). “El chivo expiatorio y el talismán: Transferencia en Arteterapia”, traducción por López, S., Massoud, F., Setz, F., Rosales, D., Chile.
- Schaverien, J., (1999). The Revealing Image. Jessica Kingsley Publishers
- Stanton, M., D., Todd y cols. T., (1988). Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. Editorial Gedisa, España.
- Vanistendael, Vilar y Pont (2009). Reflexiones en torno a la resiliencia. Una conversación con Stefan Vanistendael. [Versión electrónica]. Educación Social, núm. 43, p93-103.
- Winnicott, D.W (1979). Realidad y juego. Ed. Gedisa, Barcelona
- <https://www.drugabuse.gov/>
- <https://www.arteterapiachile.cl/>
- <https://arttherapy.org/>