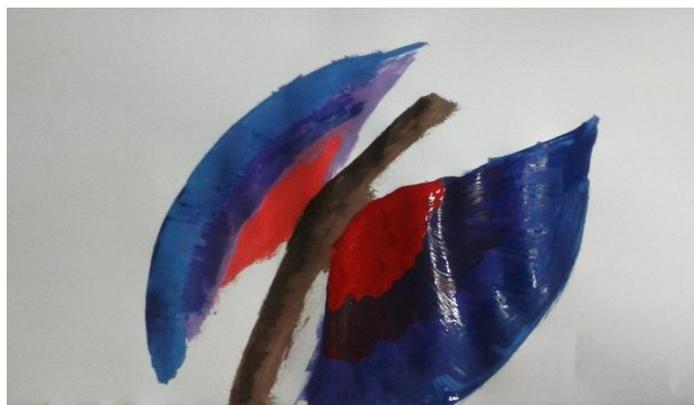




UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
Escuela de Postgrado
Postítulo de Especialización en Terapias de Arte:
mención Arteterapia



Las emociones
Un papel fundamental entre el rol del Arte Terapeuta y
un adolescente con Asperger

Monografía para optar al título de Especialista en
Terapias de Arte, mención Arteterapia.

Alumna:

Gloria Isabel Guineo Silva

Licenciada en Artes Visuales UCT

Licenciada en Educación UACH

Profesora Guía:

Pamela Ibacache Merino

Licenciada en Artes Visuales UMCE

Arte Terapeuta Universidad de Chile

Santiago de Chile

Enero 2018

“Vivimos una cultura que ha desvalorizado a las emociones en función de una supervaloración de la razón. En un deseo de decir que nosotros, los humanos, nos diferenciamos de los otros animales en que somos seres racionales. Pero resulta que somos mamíferos, y como tales, somos animales que viven en la emoción. Las emociones no son oscurecimiento del entendimiento, no son restricciones de la razón; las emociones son dinámicas corporales que especifican los dominios de acción en que nos movemos”

Humberto Maturana.

Resumen

El presente trabajo narra la experiencia arte terapéutica con un adolescente varón de 14 años diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA), específicamente Asperger. Se describe el proceso de Práctica Profesional como la construcción de un espacio de mediación en donde el paciente identifica y expresa sus emociones utilizando materiales artísticos. Además se investiga la importancia del rol del arte terapeuta vinculado a los estados emocionales que fluctúan entre la transferencia y contratransferencia.

Palabras claves: Trastorno del Espectro Autista, Arte terapia, emociones.

Índice

Resumen	3
1 Capítulo I: Marco teórico	6
1.1 Introducción a la temática global abordada	6
1.2 Aspectos de la población con que se trabajó	7
1.2.1 Características del Trastorno Espectro Autista y Asperger	7
1.2.2 Repercusiones psicológicas y emocionales	10
1.2.2.1 Características psicológicas y emocionales para los pacientes con TEA	10
1.2.2.2 El paciente y su integración en la educación formal	11
1.2.3 Necesidades específicas de la población	12
1.2.3.1 Adolescencia	12
1.3 Arte Terapia	13
1.3.1. Arte Terapia y su evolución	14
1.3.1.1 Arte Terapia y autismo	16
1.3.2 Emociones	18
1.3.2.1 Conceptos y definiciones de Arte Terapia relacionados con la emoción	20
1.3.2.2 Las emociones en los adolescentes con Asperger	22
1.3.2.3 Importancia del rol del arte terapeuta vinculado a las emociones	23
2 Capítulo II: Descripción de la práctica	26
2.1 Descripción general del centro de práctica	26
2.2 Antecedentes del participante	27
2.3 Objetivos de la intervención individual	28
2.4 Setting	28
2.5 Técnicas y enfoques utilizados	29
2.6 Materiales	30

2.7 Estudio de caso	31
2.7.1 Relato proceso arte terapéutico	31
2.7.2 Relato del proceso arte terapéutico de las sesiones más importantes	32
2.7.3 Análisis y discusión	38
3 Capítulo III: Conclusiones	41
3.1 Conclusiones	41
Referencias bibliográficas	44
Anexos	46

1. CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Introducción a la temática global abordada.

El presente documento tiene como propósito dar a conocer la importancia del rol del arte terapeuta, en el período de Práctica Profesional del Postítulo en Terapias de Arte, mención Arte Terapia de la Universidad de Chile. El proceso fue realizado con la Agrupación Asperger Ancud, en dependencias de la Casa de la Cultura de la misma ciudad, las sesiones arte terapéuticas fueron realizadas de manera individual y grupal, sin embargo, el presente documento toma como sustento para el desarrollo del marco teórico lo sucedido en la práctica individual.

Para desarrollar la temática en cuestión, fue necesario indagar en material bibliográfico concerniente a los límites del arte terapeuta en el proceso individual con un adolescente varón con TEA (Trastorno Espectro Autista), al cual llamaremos D. con el fin de proteger su identidad.

Es necesario mencionar que se tomó en consideración la necesidad de responder a ciertas interrogantes que se manifestaron permanentemente durante el proceso: ¿Es posible llegar a establecer un vínculo real con un paciente que no asiste de forma sistemática a las sesiones arte terapéuticas?, ¿Cuál es la importancia del rol del Arte Terapeuta enfocado a las limitaciones que se presentaron en el proceso?

Por tanto, el capítulo I corresponde al marco teórico en el cual se fundamenta la investigación:

-Definiciones sobre Arte Terapia.

-Reflexión sobre Arte Terapia al ser vinculada al Trastorno del Espectro Autista (TEA) y Asperger.

-Rol del arte terapeuta.

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

1.2.1. Características del Trastorno Espectro Autista y Asperger.

Referente al Trastorno Espectro Autista, Kanner y Asperger “utilizaron la palabra “autismo” para designar las notas características del trastorno. Ambos tomaron el nombre de la psiquiatría de adultos, donde alude a la progresiva pérdida de contacto con el mundo exterior experimentada por los esquizofrénicos. Los niños autistas parecían sufrir esa falta de relación con el entorno desde edades muy precoces”. (Frith, 1992, p.43).

Por lo tanto, una persona que padece esta enfermedad mental prefiere el aislamiento y las rutinas elaboradas porque tienen serios problemas de comunicación kinestésica y verbal. Algunas características que se presentan son: hablan sin cesar sobre un mismo tema, repiten las palabras, no juegan con otros niños, hacen girar objetos, no sostienen la mirada, prefieren las personas o lugares que ya conocen.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) publicado en 1994, define el autismo y sus trastornos asociados como “trastornos generalizados del desarrollo” (TGD). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), esta definición ha sido sustituida por el término “trastornos del espectro autista” (TEA), que han sido incluidos a su vez dentro de una categoría más amplia de “trastornos del neurodesarrollo”. Entonces, una persona diagnosticada con TEA presenta dos categorías de síntomas: deficiencias en la comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos.

En tanto, el Síndrome de Asperger, corresponde a un trastorno que se inicia en la infancia y que se encuentra dentro de los Trastornos Generalizados del Desarrollo, afectando a la calidad de vida del niño, ya que, interfiere en diferentes áreas de su crecimiento. Es decir, “son niños que tienen un conjunto de anormalidades en el comportamiento social y emocional, que muestran un grado significativo de persistencia en la adultez, por lo que hay una gran necesidad de desarrollar métodos efectivos en reducir tales déficit y ayudar a los niños a la adaptación de sus dificultades”. (Rutter, 1985, p.556).

Por consiguiente, las personas que tienen Síndrome de Asperger poseen un aspecto externo normal, suelen ser inteligentes y no tienen retraso en la adquisición del habla. Sin embargo, presentan problemas para relacionarse con los demás y, en algunos casos, evidencian comportamientos inadecuados debido a que son niños desinhibidos que no tienen claras las normas de comportamiento culturalmente adecuadas.

Las características y síntomas son los siguientes:

“-Su lenguaje corporal puede ser nulo.

-Dificultades cualitativas en la interacción social y falta de empatía, incapacidad de relacionarse con igualdad.

-Déficit en la comunicación, retraso en la adquisición del lenguaje, con anomalías en la forma de adquirirlo. En general empleo de lenguaje pedante, excesivamente formal. Pueden no entender el sarcasmo o el humor, o pueden tomar una metáfora. No reconocen la necesidad de cambiar el volumen de su voz en escenarios diferentes.

-Dificultades en la comunicación no verbal. Tienen problemas con el contacto visual, las expresiones faciales, las posturas del cuerpo y los gestos.

-Falta de juego imaginativo, sociable y flexible.

-Comportamiento repetitivo y estereotipado con resistencia al cambio. Son rigurosos respecto a rutinas o rituales.

-Actitudes perfeccionistas extremas que dan lentitud a las tareas.

-Respuestas inusuales a estímulos sensoriales como hipersensibilidad a los ruidos, olores o sabores.

-Torpeza motora, en algunos casos andar anormal.

-Alteraciones en la expresión emocional y motora; limitaciones y anomalías en el uso de gestos. Falta de correspondencia entre gestos expresivos y sus representaciones. (Attwood, 2002, p.35).

Entonces, las personas que presentan Síndrome de Asperger suelen fijar su atención hacia un tema específico, muchas veces de manera obsesiva. Ejemplo de ello; es el fanatismo por un dibujo animado, colección de objetos, memorización de banderas de países, determinación en realizar actividades en horarios establecidos. Además, tienen una comprensión muy ingenua de las situaciones sociales porque le es muy difícil comprender el lenguaje no verbal.

Dentro de las diferencias que se pueden establecer con el autismo clásico se encuentra que las personas con Síndrome de Asperger tienen, generalmente, un CI normal, y presentan tendencia a tener un vocabulario adecuado, a pesar de que mantener una conversación les resulta difícil por tener problemas para entender conceptos abstractos. Los sarcasmos, ironías y bromas en general suponen para ellos importantes problemas por establecer interacciones demasiado concretas y literales. Así como en el autismo se evita el contacto social, las personas con asperger son normalmente desinhibidas.

La evolución y pronóstico del Síndrome de Asperger también se diferencia del Autismo, según Domenech (2005) “existen muchos casos en los que se lleva un buen funcionamiento en la vida, lo que permite un desarrollo normal, pudiéndose desenvolver en un contexto educativo, laboral y formar una familia. Siendo para ello imperioso que tenga oportunidades educativas apropiadas y apoyo familiar y especializado desde la edad más temprana”. Por su característica de tener intereses restrictivos y obsesivos pueden convertirse en buenos profesionales, por ello al Síndrome de Asperger se le denomina autismo de alto funcionamiento, sin embargo, en el caso del paciente D se observó que durante el transcurso de las sesiones necesitaba la orientación y apoyo del arte terapeuta con la finalidad de sentir que se encontraba en un espacio seguro. Además se identificó otro aspecto relevante que se sitúa en la comunicación verbal, ya que el paciente tiende a bajar la vista y habla muy bajo hacia la arte terapeuta.

1.2.2. Repercusiones psicológicas y emocionales

A continuación, se plantean las características psicológicas y emocionales más importantes para los pacientes con TEA y Asperger y la problemática que conlleva para el paciente y su entorno familiar la interacción en el contexto escolar.

1.2.2.1 Características psicológicas y emocionales para los pacientes con TEA.

Desde la psicología se ha estudiado a los pacientes con TEA con el objetivo de descubrir las características del trastorno. Kanner plantea la teoría psicológica socioafectiva, luego en los años 80 Hobson también la estudia. La teoría socioafectiva de Hobson (1989), dice que “los autistas carecen de componentes constitucionales para interactuar emocionalmente con otras personas, teniendo como consecuencia: Fallo en reconocer que los demás tienen sus propios pensamientos y/o sentimientos. Severa alteración en la capacidad de abstraer, sentir y pensar simbólicamente”. (Maseda, 2012, p. 42).

Por lo tanto, la incapacidad de las personas autistas para establecer relaciones socioemocionales radica en que su condición no les permite reconocer y percibir las emociones expresadas por sus cuidadores, familiares, profesores, etc... En este sentido, “Peter Hobson, de acuerdo con los experimentos sobre reconocimiento de emociones, sugirió que la ausencia de una teoría de la mente en autismo es el resultado de un déficit más básico, un déficit emocional primario en la relación interpersonal” (Maseda, 2012, p. 41). Es decir, existe una carencia emocional primaria que provoca que las personas no reciban las experiencias sociales cognitivas adecuadas para su comprensión social, en otras palabras, el contacto y la empatía actúan como mecanismo psicológico mediante el cual el bebé se vincula con los padres. “A través de la empatía, el bebé percibe actitudes en las personas a las que más tarde atribuirá estados mentales. El reconocimiento de las actitudes de los otros y el desarrollo de la imitación posibilitan el acceso a la mente del otro”. (Maseda, 2012, p.44)

Por consiguiente, las personas con TEA poseen dificultades para entender, apreciar y aprender los mensajes o claves que regulan las relaciones interpersonales, a su vez, estos mensajes tienden a ser complejos, pasajeros y variados, por el contrario, lo que ellos comprenden son los mensajes concretos, permanentes y simples. Esto conlleva a que exista un déficit en la capacidad de abstraer y pensar simbólicamente, por lo tanto, el desarrollo de sus relaciones personales no es recíproco debido a que su experiencia social se caracteriza por no reconocer a las personas con emociones, sentimientos y pensamientos, etc.

También existe la Teoría de la ceguera mental o teoría sobre el déficit en la Teoría de la Mente; “consiste en que las personas normales presentan un proceso de mentalización, la habilidad automática para atribuir deseos, intenciones, emociones, estados de conocimiento, o pensamientos a otras personas y darse cuenta de que son distintas a las propias. La persona con autismo tiene una “ceguera mental”, al presentar incapacidad para darse cuenta de lo que piensa o cree otra persona”. (Maseda, 2012, p.43). es decir, esto explicaría que no tienen la capacidad de entender las emociones de los demás o de expresar sus propios sentimientos provocando distanciamiento emocional frente a su entorno cercano. De cierta manera, las personas con TEA tienen dificultad para anticipar lo que los demás piensan sobre su comportamiento, y el mismo hecho de no comprender al otro los llevará a mostrar escasas reacciones empáticas.

1.2.2.2. El paciente y su integración en la educación formal.

En ocasiones, para un niño o adolescente resulta complejo ser parte de los grupos humanos que se han conformado en el sistema educativo, más aún cuando tiene algún tipo de enfermedad que le dificulta la comunicación con sus pares o con el profesor.

Cuando un paciente se encuentra en la etapa primaria, surgen problemas de comportamiento a nivel social porque le es difícil hacer y mantener amigos, ya que, su grado de interacción tiende a ser de carácter pobre. Luego, cuando se encuentran en etapa secundaria, se hace más evidente las dificultades sociales frente a la figura del docente, porque habitualmente la relación no corresponde a una tutoría individualizada y cercana. A su vez los contenidos curriculares tienden a un mayor nivel de abstracción, hay muchas materias y tareas a desarrollar a corto y mediano plazo, que exigen niveles altos de planificación y organización y buenos hábitos de trabajo, algo en lo que las personas con TEA y Asperger, en ocasiones tienen dificultades.

La respuesta a estas demandas educativas y sociales propias de la etapa secundaria puede producir serias dificultades en la adaptación escolar: reducción notoria del rendimiento o abandono del sistema educacional, problemas de adaptación personal aumentando el riesgo de padecer problemas psicológicos asociados, entre otros.

Por lo tanto, es importante que en el contexto escolar los niños y adolescentes se encuentren con personas que tiendan a construir vínculos desde la empatía y la colaboración. Respecto a esto, se dice que los “niños y niñas sean capaces de construir su propio aprendizaje al mismo tiempo, que construyen su propia identidad: un sujeto que se conoce y se cuestiona, es capaz de adaptarse a su medio pero de manera crítica”. (Callejón, 2003, p.11). Por consiguiente, el aporte que ofrece el arte terapia para que los pacientes se desarrollen de forma adecuada, corresponde a la creación de momentos terapéuticos consigo mismo y con sus pares, que les permitan desarrollar su capacidad de expresión, encaminándose hacia descubrir sus sentimientos y emociones.

1.2.3. Necesidades específicas de la población.

En el presente apartado se realizará un análisis frente a las necesidades de la población, en este caso, se relatarán las características de un adolescente, considerando para ello, el proceso de práctica individual.

1.2.3.1. Adolescencia.

Para comprender el contexto en el que se dio la práctica individual es necesario indagar las características y sucesos que ocurren en la adolescencia.

Se considera una etapa de desarrollo vital que para todos los sujetos ha presentado importantes conflictos. Así mismo fue necesario investigar sobre la complejidad de dicha etapa en los individuos y de cómo se puede llevar a cabo un proceso de práctica satisfactorio. En esta fase de desarrollo, el adolescente “vuelve a fijarse en el adulto e incluso pretende rivalizar con él. Es muy importante saber elegir las actividades lúdicas más interesantes y adecuadas para sus características y necesidades” (Pere, p.6), por consiguiente, será necesario enfatizar en que las consignas y materiales que se utilizarán sean los adecuados según las etapas del proceso arte terapéutico.

En tanto, la adolescencia es planteada por el Dr. Burgués (1979) como “un proceso que generalmente empieza sobre los doce años y dura hasta los diecinueve - veinte años , el cual se produce en un marco social e histórico concreto donde suceden etapas y hechos que generan recorridos diversos, afectando a cada adolescente de forma muy particular y personal”. Durante el período evolutivo el individuo sufre diferentes cambios físicos, psicológicos e intelectuales, que generan infinidad de alteraciones afectando la personalidad del sujeto. Se plantean tres momentos fundamentales durante la adolescencia, “período de transformaciones, inestabilidad sexual y crisis de la seguridad infantil (12 – 15 años), período de estructuración del adolescente (16 – 18 años), período de jóvenes en espera de ser adultos”, (Burgués, 1979). El primer período corresponde a la etapa que vive el paciente D, éste comienza a desarrollar un alejamiento frente a las actividades relacionadas con la experimentación de materiales de arte, así mismo con el acto de jugar.

Siendo uno de los períodos más conflictivos y difíciles, el arte terapeuta debe conocer y manejar diferentes propuestas de trabajo considerando que podría existir un fuerte rechazo hacia el proceso de arte terapia, para ello es necesario desarrollar dinámicas particulares para las necesidades específicas del individuo, identificando sus debilidades y potencialidades, asumiendo además que eventualmente se podría mejorar y ampliar las formas de comunicación del paciente. Considerando aquello, es que se observó que el paciente D, comprendía las consignas de las sesiones de forma literal, por lo tanto, existía un nivel de abstracción prácticamente nulo, ejemplo de ello fue la primera sesión, cuando el arte terapeuta menciona lo siguiente: *¿Cómo te sientes hoy?*, a lo que el paciente D responde: *Me siento en la silla.*

1.3. Arte Terapia.

En esta parte del capítulo se da a conocer conceptos de Arte Terapia y su evolución en diferentes países, luego se relata la vinculación del autismo con la disciplina. Más tarde, se investigó el origen de las emociones y su relación con el arte terapia al ser relacionado con el caso de estudio, específicamente en pacientes TEA y Asperger, por último, se reflexionó respecto a la importancia de las emociones en el rol del arte terapeuta

1.3.1. Arte terapia y su evolución.

Desde sus inicios, el Arte terapia se convierte en una disciplina que se construye a través de la comprensión y superación de los conflictos propios y de otro, se valida mediante la producción e interpretación de imágenes visuales, a través de un proceso creativo no verbal. Considerando esto, se dice que “es muy probable que el uso terapéutico del arte sea tan antiguo como el hombre; sin embargo el concepto de arte terapia en sí aparece después de la 2º Guerra Mundial en EEUU y Gran Bretaña paralelamente con Adrian Hill (Gran Bretaña), Margareth Naumburg y Edith Kramer (América)”. (Domínguez, 2005; p.114).

Se plantea en el Foro Iberoamericano de Arte terapia (2005) que el contexto en el que el artista británico Adrian Hill, menciona el concepto de Arteterapia en 1942 es para referirse a un proceso, observado primero en sí mismo y posteriormente en sus compañeros de hospital que sufrían de tuberculosis, por el cual la actividad artística procuraba al enfermo un notable incremento del bienestar emocional, por ende, fue necesario que el artista vivencie el efecto terapéutico de las sesiones, la experimentación con los materiales y el arrojo para expresar sus dolencias mediante el lenguaje artístico facilitaron una mejoría en su estado de salud. Domínguez (2005) dice que Hill es considerado como el primer terapeuta artístico. Algunas de sus publicaciones son: *Painting out iones* (Pintando la enfermedad) y *Art versus iones* (Arte contra enfermedad).

En tanto, Margareth Naumberg fue la primera que utilizo el proceso arte terapéutico de manera sistemática en su trabajo como psicoanalista. Ella, plantea que “las técnicas del arte terapia están basadas en el conocimiento de que cada individuo, con o sin entrenamiento en arte, tiene la capacidad latente de proyectar sus propios conflictos de manera visual. Cuando los pacientes representan tales experiencias profundas, sucede, frecuentemente, que pueden mejorar la articulación verbal.” (Domínguez, 2005; p.118). Por lo tanto, la observación de Margaret permite evidenciar que las artes como proceso constante y persistente contribuye a la exteriorización emocional del sujeto mediante la práctica de algún lenguaje expresivo: danza, teatro, artes visuales, música, etc. Las

instancias terapéuticas comprendidas desde la perspectiva de movilizar las sensaciones del ser humano se piensan desde la construcción imaginaria que genera el paciente al ser consciente de sus procesos internos, evidenciando visualmente lo que le afecta.

Por último, la artista Edith Kramer a finales de 1950 comienza a trabajar con niños de la Wiltwyck School en EEUU, focalizando su práctica artística en la capacidad terapéutica que conlleva el quehacer artístico. La apertura al cambio de Edith Kramer da cuenta de cierta inquietud por abrirse a nuevas perspectivas, a nuevas formas de entender el arte desde distintos ámbitos: lo social, lo pedagógico, la psicología, la psiquiatría, comprendiendo el arte terapia desde lo interdisciplinar.

El Arte terapia, es una disciplina que ha desarrollado diferentes procesos y dificultades en nuestro país ya que, al ser en ocasiones desconocida, conlleva a que los individuos mantengan una conceptualización errada, es por esto que, los precursores en Arte terapia han debido manifestar constantemente la importancia que tiene la actividad creadora en el proceso arte terapéutico.

En tanto, ha existido un desarrollo a nivel universitario y la creación de una Asociación que agrupa a todos los Arte Terapeutas Chilenos, ambas con la finalidad de crear instancias en las que se reglamente su práctica y enseñanza.

“Nuestra historia surge a mediados del siglo XX de la mano de pequeñas iniciativas de artistas y profesionales de la salud mental que buscaban darle un valor al Arte como agente terapéutico”. (Serrano, 2008, p.18). Fundamental resulta el rol que cumple Mimí Marinovic en el desarrollo continuo y sistemático del Arte Terapia en Chile porque fusionó el psicodrama con actividades plásticas integrando a los pacientes, profesionales de la salud y estudiantes que asistían al Hospital del Salvador.

Respecto a la formación universitaria del Arte Terapia se ha desarrollado en múltiples casas de estudios, “en el 2001 nace la primera escuela de especialistas en Arte Terapia, a través del programa de postítulo en Terapias de Arte, mención Arte Terapia de la Universidad de Chile. En 2004 surge la carrera de pregrado en Arte Terapia en la Universidad Tecnológica de Chile. En el año 2007 nace el diplomado en Terapia Corporal

y Artística de la Universidad Andrés Bello y el diplomado en terapias Artístico-Corporales y Desarrollo Humano en la Universidad SEK”. (Serrano, 2008, p. 18). Más tarde, se inicia el primer magister de Arte Terapia impartido en Chile en la Universidad del Desarrollo, por último, en el año 2016 nace el Magíster en Artes en la salud y arte terapia de la Universidad Finis Terrae.

Cabe señalar, que con el paso del tiempo se ha expandido la disciplina, sin embargo, es preocupante que en otras ciudades del país no se imparta, y con ello el desafío se vuelve mayor porque los individuos tienden a confundir lo que es arte terapia; ya sea con talleres de arte o con clases en contextos educativos.

Por último, en el sur de Chile, en la Isla de Chiloé, Ancud. Resulta difícil conocer cuál es la verdadera dimensión del arte terapia debido a que geográficamente se encuentra sumamente alejado de la gran metrópolis: Santiago, donde se ha desarrollado principalmente la disciplina, considerando esto en el capítulo 2 del presente documento se profundiza en esta situación.

1.3.1.1 Arte terapia y autismo

El hacer arte, sin duda, es una manifestación en que los sujetos se permiten descubrir sus emociones y pensamientos desde otro prisma. En este sentido, las personas expresan sus gustos, intereses y diferencias a través de los lenguajes artísticos. Por lo tanto, cuando se trabaja el arte terapia con personas con TEA se presentan las representaciones en que ellos conciben el mundo, a su vez, exponen sus preferencias a las formas y los colores, incluso se detienen en detalles de su creación que para los demás, son imperceptibles.

“En la obra de Aníño (2003), *Creatividad, Arteterapia y Autismo. Un acercamiento a la actividad plástica como proceso creativo en niños autistas*, se señala un estudio elaborado por Paul Harris donde queda demostrado que todos los niños con TEA presentan limitaciones en el juego, pero no por ello no poseen creatividad, sino que son capaces de crear un arte diferente, un arte especial” (Gómez, 2016, p. 36). Por lo tanto, todas las personas son creativas debido a que corresponde a una capacidad que se puede desarrollar en el tiempo, pero que depende de cada uno saber estimularla a través del cuestionamiento

permanente, investigación profunda sobre algún tema de interés y apertura a nuevas posibilidades.

La importancia del Arte terapia en personas con TEA es fundamental porque a través de la experimentación con los materiales artísticos se descubren y comprenden aspectos de su vida que entrapan o desencadenan conflictos consigo mismo y con los demás. Es por esto que “el Arte terapia brinda un medio de comunicación no verbal y alternativa a aquellas personas cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente. Lo más importante en el Arte terapia es la persona y el proceso, no el resultado”. (Fernández, 2003, p.137).

Considerando lo expuesto anteriormente, existen diferentes estudios que han investigado sobre el arte terapia orientada a personas con TEA. Se destaca la labor de algunos países como: Alemania, Japón, EEUU e Inglaterra debido a que han obtenido buenos resultados respecto al desarrollo de las interacciones sociales, patrones lingüísticos y avances en la conducta adaptativa. “Muestra de ello es la tesis doctoral de Evans, K.R. (1997), *Art therapy and the development of communicative abilities in children with autism*. (Gómez, 2016, p.37)

A su vez, al norte de la península ibérica, específicamente en Burgos existe un centro que se ha dedicado a realizar dos exposiciones por toda Europa, que involucran las creaciones de los niños autistas. A través de la Asociación Internacional de Autismo-Europa y la Federación Autismo España se han gestionado dos exposiciones; la primera en 1997 y la segunda en el 2000, aquellas instancias se transformaron en eventos en los que se develó información acerca del arte terapia y el autismo.

En España, la Asociación Argadini corresponde a “una confederación de ámbito estatal. Representa a 76 entidades de acción social promovidas por familiares de personas con Trastorno de Espectro del Autismo (TEA)” por lo tanto dicha asociación desarrolla actividades focalizadas en la integración social y cultural de las personas con TEA y discapacidad intelectual utilizando para ello la literatura.

Resulta importantísimo comprender que las diferentes investigaciones sobre el arte terapia, la creatividad y las posibilidades de desarrollo con personas con TEA se

constituyen como un breve resumen de los beneficios de la actividad artística al ser vinculada con la acción terapéutica, es decir, “el medio artístico proporciona una herramienta capaz de comunicar a niveles no verbales” (Gómez, 2016, p.37), en otras palabras, los materiales de arte se convierten en un medio que devela formas de comunicación que siempre están presentes, pero que en ocasiones se invisibilizan.

Se plantea que “la presencia física de los materiales, objetos e imágenes facilita que la persona con autismo interactúe con el terapeuta de una forma menos directa de la que se puede plantear en una situación verbal” (Gómez, 2016, p.37), por lo tanto, la conexión con los materiales y la creación que realiza la persona con TEA ofrece un abanico amplio de exploración a través de sus cualidades sensoriales: sonoras, táctiles, visuales, etc... En este sentido, el hecho de realizar cualquier tipo de actividad artística permite al sujeto experimentar sensaciones físicas y emocionales que proporcionan experiencias de cambio y transformación. Respecto a esto, se dice que “los procesos artísticos pueden afectar a la autoestima y calmar frustraciones ya que proporcionan oportunidades de éxito: no hay forma errónea de manipular los materiales en una actividad artística, siempre que no se usen para destruirse a uno mismo, al terapeuta o al espacio”. (Gómez, 2016, p.37)

1.3.2 Emociones

Las emociones tienen un rol fundamental en los procesos de vida de los individuos. Se constituyen como la forma de comunicación primaria, relegando a un segundo plano a las palabras. Se plantea que “las emociones son estados funcionales de todo el organismo que implican a la vez procesos fisiológicos (orgánicos) y psicológicos (mentales). (Bloch, 2002, p.32). Por lo tanto, cada emoción está vinculada a elementos fisiológicos concretos: respiración agitada, presión arterial, dilatación de las pupilas, entre otras.

Las emociones básicas: rabia, amor, miedo, alegría y tristeza son capaces de expresar y comunicar a otros sujetos estados de satisfacción e insatisfacción a través de cambios faciales, corporales y gestuales, a su vez, inciden en las capacidades cognitivas del sujeto a nivel personal y profesional. Es por esto que cuando el sujeto expresa algo utiliza gestos, tonos de voz y metáforas verbales que promueven una mejor comunicación con

otras personas, es decir, las emociones nos ayudan a expresar y comprender de mejor manera lo que se ha comunicado verbalmente.

“Lo que más me impacta de las emociones en general, es lo invasivas y dominantes que son, cómo se instalan rápidamente y cambian de una a otra con la velocidad del viento y la violencia del relámpago, cómo ocupan para siempre una parte fundamental de nuestras vidas, enraizándose y eternizándose en nuestra condición humana – todo ello sin intervención alguna de nuestra voluntad”. (Bloch, 2002, p.16). Por consiguiente, las emociones se encuentran alojadas en nuestra mente y cuerpo involucrando un conjunto de aptitudes y creencias sobre situaciones concretas que se nos presenta el entorno, no obstante, cada individuo experimenta cada emoción de forma particular dependiendo de sus experiencias anteriores.

La función de las emociones corresponde a respuestas (conductas) del sujeto y cada una de ellas lo prepara para actuar, en otras palabras, si el individuo siente rabia la conducta que desarrolla se relaciona con la destrucción incorporando rasgos faciales que tienen las siguientes características: párpados tensos, frente con arrugas verticales, ceño fruncido, mirada focalizada, labios y mandíbulas apretados. A su vez, “el cuerpo entero y en especial la cabeza se adelanta, con el cuello contraído y las venas que parecen salirse de su cauce” (Bloch, 2002, p.137)

Sin embargo, cada sujeto experimenta una misma emoción (rabia) de manera diferente porque va a depender de la historia de cada uno y de las circunstancias del momento, es decir la emoción adquiere distinto significado para cada una de las personas porque los estados emocionales tienden a ser más complejos incorporándose imágenes, signos, símbolos y significados.

Por último, “el ideal sería que la gente pudiera expresar lo que siente con precisión y claridad, como lo hacen los niños pequeños y las personas de las así llamadas sociedades primitivas” (Bloch, 2002, p.48). Sin embargo, las relaciones sociales tienden a limitar la adecuada expresión de la emoción, promoviendo por ejemplo; la represión de ciertas emociones consideradas como mal vistas.

1.3.2.1. Conceptos y definiciones de Arte Terapia relacionadas con la emoción.

Es importante mencionar que, “el Arte Terapia es una especialización profesional de servicio humano, que utiliza diversos medios artísticos y los procesos creativos con fines terapéuticos, educativos, de prevención, rehabilitación y desarrollo personal” (Marinovic, 2003). Entonces dicha disciplina se sustenta a través del uso de los elementos y materiales propios de las artes y que se enfocan en lo que sucede durante el proceso terapéutico, es decir, existe una reflexión mediada por tres factores que conforman el triángulo terapéutico: arte terapeuta, creador y obra. El Arte Terapia tiene como objetivo principal poner énfasis en el proceso creativo, en el quehacer artístico y no en otorgarle un valor estético a la obra visual. En el caso de la intervención individual con la Agrupación Asperger Ancud lo importante fue que el adolescente conozca y experimente nuevas formas de comunicación que promueven la expresión de sus conflictos internos mediante la utilización de materiales artísticos.

Por lo tanto, la experimentación que ofrece el quehacer artístico conlleva a que la imaginación se expanda, además permite descubrir momentos importante para el paciente que lo conectan con su sentido creador.

Respecto a esto, se plantea que cuando “el arte se mezcla con la terapia, hablamos de Arte-Terapia o Arte-Sano, como medio para conseguir las mejores respuestas del paciente a sus problemas y limitaciones” (Domínguez, 2005; 114pp). Entonces, las sesiones de terapia de arte actúan con gran potencial ya que se convierten en formas de reflexión sobre las experiencias personales del paciente, desplegándose la emoción desde la expresión y el desahogo.

La vinculación del Arte Terapia con niños y adolescentes con TEA se plantea desde la posibilidad de intervenir desde la comunicación no verbal, específicamente a través de la creación de imágenes u objetos. Se dice que “los individuos con autismo tienen dificultades aprendiendo cosas que no pueden ser pensadas en imágenes”. (Grandin, 1996, p.29). Por lo tanto, el arte terapia corresponde a un tipo de comunicación que les permite a los niños expresar sensaciones mediante diversos materiales, entendiendo entonces que el espacio arte terapéutico se construye desde el resguardo y el cuidado, considerando que lo que

sucedan es un proceso creativo de auto-descubrimiento y exploración sensorial mediado por la figura del paciente, el arte terapeuta y los materiales de arte.

“El arte siempre ha sido una forma efectiva de comunicación para individuos que tienen problemas conectándose con el mundo exterior” (Salzberg, 2004, p.57), por lo tanto, el arte y la terapia se relacionan entre sí y se constituyen como una disciplina que estimula y promueve el desarrollo de la comunicación no verbal en niños con TEA. Considerando entonces que las palabras tienden a poner límites respecto a su significación y que debido a esto en ocasiones son difíciles de comprender para pacientes con TEA, es que el trabajo desarrollado con imágenes resulta tan valioso porque se convierte en una herramienta que persiste en la memoria y que ayuda en la percepción, comprensión y transformación de nuevas realidades en los procesos arte terapéuticos.

Así mismo, para los pacientes con Síndrome de Asperger el arte terapia se plantea desde la expresión y la descarga emocional, por tanto, los incentiva a manejar e identificar sentimientos y emociones, resolver conflictos, mejorar sus habilidades de conversación y reforzar su autoexpresión. Para cualquier niño o adolescente que tenga algunas de estas enfermedades les resulta complejo entender el mundo, incrementándose en la etapa adolescente porque se evidencian dificultades en las relaciones sociales. Se plantea que “las características y los cambios típicos de esta edad llevan, en la mayoría de los casos, a un mayor sentimiento de soledad, incompreensión y deseo frustrado de pertenecer a un grupo”. (Freire, 2007, p.48). Por lo tanto, entran en conflicto cuando desean sostener una conversación con sus compañeros y/o profesor porque el vínculo que se ha construido, en ocasiones no es cercano y confiable, además existe un alto nivel de abstracción en las tareas y materias a desarrollar, provocando emociones como enojo y pena.

Entonces, el aporte que se realiza desde el arte terapia corresponde a que el paciente se enfrente a sus afectos y reconozca sus emociones desde un lenguaje artístico no verbal proporcionando diferentes posibilidades creativas que se encuentran alojadas en él y en el espacio arte terapéutico. Por tanto, la terapia artística se transforma en un medio de comunicación distinto, que aumenta las oportunidades de autoexpresión al otorgar una nueva herramienta de diálogo entre los materiales de arte, el paciente y el arte terapeuta.

1.3.2.2 Las emociones en los adolescentes con Asperger.

“El reconocimiento emocional es una habilidad de vital importancia para el desarrollo de respuestas empáticas y para el adecuado funcionamiento social del individuo”. (Baron Cohen, 1995, 2011; Baron Cohen et al., 2001; Baron Cohen, Wheelwright, Spong et al., 2001; Blair, 2008; Lawrence, Shaw, Baker, Baron Cohen y David, 2004). Es por esto que, en la etapa adolescente de una persona Asperger ocurre lo contrario porque se presentan estados emocionales que generan tensión en el sujeto y en su entorno provocando, en ocasiones, alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión, que generalmente son tratadas con fármacos.

A su vez, es importante que el adolescente con Asperger conozca y acepte lo que significa el síndrome, pues esto, permite que se reconozca desde sus aspectos positivos y negativos. Además se evidencia que dicha etapa trae consigo una mayor comprensión de las situaciones sociales, sin embargo, se presentan reacciones emocionales desproporcionadas y poco ajustadas a la situación, asimismo, tienden a manifestar mayor conciencia respecto a sus estados de soledad e incompreensión.

En este sentido, la labor del entorno familiar y social (compañeros de curso, amigos, profesores, terapeuta) de un adolescente con Asperger es fundamental porque depende de ellos reforzar positivamente el concepto de su imagen, encaminándose hacia la integración e identificación con sus pares.

Por consiguiente, el adolescente con Asperger y su familia se encuentra en un estado de preocupación constante debido a que se pueden ver expuestos a situaciones que no son de su agrado, es decir; ruidos fuertes, sensaciones táctiles extrañas, etc... esto conlleva a estados que alborotan sus emociones. Otra de las conductas que se presenta corresponde al chantaje emocional hacia sus cercanos, mostrándose como adolescentes desafiantes, por el contrario, pueden aparecer conductas de soledad.

1.3.2.3. Importancia del rol del arte terapeuta vinculado a las emociones.

Durante el transcurso de la Práctica Profesional con la Agrupación Asperger Ancud surgieron interrogantes en torno a la importancia del rol del Arte Terapeuta. Para ello, es fundamental comprender la relevancia del esquema triangular porque le otorga sustento y claridad al rol que se desempeña, en este sentido, ofrece un soporte frente a otros roles que se vinculan a la actividad artística: profesor, tallerista, etc... En tanto, la relación triangular corresponde al diálogo que se produce entre paciente, materiales artísticos y facilitador debido a que promueve la activación espontánea de las emociones y con ello la creación de un espacio genuino para el desarrollo de la terapia.

Por lo tanto, las sesiones en Arte terapia se encuentran fuertemente ligadas a **las emociones** y de cierta manera actúan como eje central en el proceso. Respecto a esto, se plantea que “el trabajo con las emociones a través del Arte terapia mejora la calidad de las relaciones humanas porque se centra en el factor emocional, esencial en todo ser humano, ayudándonos a ser más conscientes de aspectos oscuros, y facilitando, de este modo, el desarrollo de la persona”. (Duncan, 2007, p.40). Entonces, resulta trascendental comprender las emociones porque inciden directamente en las capacidades sociales, cognitivas y mentales del individuo, a su vez, para el arte terapeuta implica saber entender y comprender la manifestación emocional apropiada de sí mismo y del paciente.

La Asociación Chilena de Arte terapia plantea que:

“el arte terapeuta es un profesional formado académicamente que aborda la terapia basado en las obras de arte de sus pacientes, enfatizando los procesos creativos por sobre los resultados. Dirige y planifica intervenciones terapéuticas con el fin de tratar problemáticas humanas, tanto intra como inter personales, por lo que realiza terapias individuales, en pareja o grupales. Es el encargado de proporcionar un encuadre, contención y facilitar la resolución de los conflictos a través de medios artísticos, no interpretando las obras del paciente, sino que alentándolo para que descubra por sí mismo el significado de sus realizaciones”.

Por lo tanto, el terapeuta de arte se posiciona desde la mediación, es capaz de establecer espacios de reflexión entre el creador y el arte terapeuta utilizando materiales y

técnicas artísticas, con el objetivo de conciliar los conflictos internos que emerjan de las sesiones realizadas. En este contexto Winnicott señala que en la psicoterapia se da la “superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. La labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente de un estado en el que se encuentra bloqueado a un estado de reflexión y comunicación”, (Domínguez, 2005; 115pp). Entonces, el terapeuta de arte estima adecuado profundizar en su emocionalidad, encaminándose a la resolución de los procesos internos, a su vez, el terapeuta debe tener ciertas características, debe ser honesto, confiable y aceptar su realidad, asumiendo que desde él se desprenden momentos de contención que acompañan el proceso terapéutico.

Considerando lo anterior Salovey y Mayer (1990) indican que el concepto de inteligencia emocional posee dominios claves en ser persona, y todavía más en ser terapeuta:

1. Conocer las propias emociones. La habilidad de poder reconocer con exactitud un sentimiento mientras ocurre.
2. Manejo de las emociones, la habilidad de manejar los sentimientos para librarse eficazmente de estados de ansiedad excesivos o de cualquier otro sentimiento.
3. Ser capaz de motivarse a uno mismo. Postergar la gratificación y regular las emociones para lograr un fin objetivo.
4. Reconocer las emociones de los demás. Empatía, reconocer las señales que los demás emiten con relación a sus necesidades o deseos. Es una habilidad básica para un óptimo desempeño social.
5. Ser capaz de relacionarse con los demás. Habilidad para manejarse, adecuarse a las emociones de los demás, determina el grado de capacidad social del individuo.

Entonces, saber identificar y comprender las emociones es una buena habilidad del terapeuta de arte, ya que esto contribuye a la organización de la experiencia en el proceso, el sentido de reconocer, manejar y relacionar lo que está sucediendo en las sesiones se convierte en aprendizajes y acciones para ambas partes. La importancia del arte terapeuta se vuelve fundamental porque requiere de un estado de observación, escucha profunda y

continua referente a las dinámicas en la vida de sus pacientes incluyendo las del facilitador, ya que “como facilitadores se ofrece una estructura contenedora y una aproximación respetuosa que permite a cada persona estar presente con sus necesidades y emociones”. (Duncan, 2007, p.44).

En tanto, en los espacios arte terapéuticos ocurren dos situaciones importantísimas: “la Transferencia, según Laplanche y Pontalis, (2004, p. 84) hablando de Freud “Lo que una paciente transfiere sobre la persona del médico; las representaciones inconscientes.” La Contratransferencia, según Laplanche y Pontalis, (2004, p.439) “...los procesos inconscientes que la transferencia del analizado provoca en el analista.” Por consiguiente, la primera de ellas es entendida como las emociones de relación temprana proyectadas en el terapeuta, sean éstas positivas o negativas, por lo tanto, el paciente quiera o no, desarrolla emociones y las proyecta en sentimientos hacia el terapeuta de arte, así mismo, lo que ocurre cuando el paciente despierta emociones en el arte terapeuta, es denominado contratransferencia. Considerando esto, el terapeuta de arte debe ser lo suficientemente intuitivo, creativo e inteligente para utilizar dicha emocionalidad en función de las sesiones arte terapéuticas. Sin embargo, sucede que en ocasiones los procesos se entrampan porque las imágenes, relatos y/o personas producen en el arte terapeuta inquietud en su labor. Para que no ocurra esto, es importante que asista a una terapia con un profesional que le ayude a resolver sus conflictos personales.

Al hacer arte terapia, adquirimos experiencia estética y con ello el reflejo de la transferencia y la contratransferencia de sí mismo y de los otros atribuyendo emociones, sensaciones y acciones que en ocasiones favorecen y/o limitan el desarrollo de un adecuado espacio arte terapéutico. Es por esto que, el sujeto al ser facilitador de un proceso emocional es objetivo, empático, intuitivo y consciente de que al movilizar emociones se revelarán planteamientos y aspectos de la vida del paciente que se encontraban ocultos. Para ello es fundamental evaluar constantemente los procesos para develar los aciertos y desaciertos en la terapia, los resultados de cualquier proceso de reflexión y desarrollo serán más validos siempre y cuando haya una triangulación, y congruencia, entre:

-las personas que observan; la persona misma, los pares, el facilitador.

-una variedad de estilos, acciones, ejercicios o comportamientos relacionados.

-una variedad de contextos dentro de que pueda ser observada una acción. (Duncan, 2007, p.49).

Por consiguiente, la disciplina, responsabilidad y constancia en Arte Terapia es importantísima porque el sujeto se convierte con el paso del tiempo, en un profesional que asume procesos de razonamiento mediados por la observación, cuestiona sus acciones frente a lo que dice y hace en terapia, a su vez, discute frente a la selección de los materiales y recursos.

2. CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

2.1. Descripción general del centro de práctica.

En primera instancia la Práctica Profesional se desarrollaría en el Hospital San Carlos de Ancud, debido a que existen ciertas nociones sobre arte terapia en algunos profesionales de la salud, ya que hace más de 10 años una arte terapeuta desarrolló un proceso con pacientes esquizofrénicos. Es por esto que, se realizaron gestiones durante un mes para que el proceso de práctica profesional se desarrolle en dicha institución, sin embargo las autoridades del lugar manifestaban resistencias cuando se desarrollaron las reuniones, además deseaban conocer una planificación de lo que se realizará durante el transcurso del tiempo, por lo que solicitan una carta Gantt con las actividades planificadas para trabajar durante los 4 meses con los pacientes de salud mental.

Además, mencionan la importancia, para ellos, de que un profesional del hospital sea parte de las sesiones con la intención de regular lo que suceda en el espacio arte terapéutico. Considerando entonces, lo complejo que fue establecer un vínculo certero con el hospital, se decidió realizar el proceso de práctica profesional con la Agrupación Asperger Ancud. La institución manifestó su interés de forma inmediata y la primera sesión se realizó cuatro días después de la primera reunión en donde se expusieron los lineamientos del Arte Terapia.

Lamentablemente, la agrupación no cuenta con un espacio arquitectónico propio, por lo tanto, las sesiones arte terapéuticas y reuniones con los padres fueron realizadas en la Casa de la Cultura de la misma ciudad. Respecto a esto, la Agrupación apela a la voluntad de los profesionales que trabajan con ellos, quienes en ocasiones, facilitan sus hogares para realizar terapias, por ejemplo: las sesiones de habilidades sociales dirigidas por la fonoaudióloga.

La Agrupación Asperger Ancud brinda apoyo y atención a más de 50 niñas y niños que poseen trastorno del espectro autista (TEA) y otras capacidades diferentes. La Agrupación trabaja de forma continua con los siguientes profesionales: terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, profesor de educación física, entre otros. En mi rol de arte terapeuta en formación, la Práctica Profesional se desarrolló de forma individual, existiendo una persona como facilitadora de las sesiones de grupo e individual, ya que no existió la posibilidad de realizar el proceso con co-terapeuta porque no existen más estudiantes que se estén formando en esta disciplina y que actualmente vivan al sur de Chile, en la Isla Grande de Chiloé.

2.2 Antecedentes del participante.

El paciente D con el que se trabajó, corresponde a un adolescente de 14 años, estudiante de un colegio particular subvencionado diagnosticado con Asperger. Fue inscrito en Arte Terapia por las inquietudes de su mamá frente a la disciplina, ella contacta a la arte terapeuta en formación a través de la directiva de la agrupación. En tanto, desde su intuición de madre, ella cree que su hijo podría mejorar la comunicación verbal mediante la interacción de una nueva terapia, además puntualiza que su hijo tiene cercanía con los medios artísticos que sería interesante de promover. Respecto a la situación familiar de D. se conoce que vive con su madre y su hermano menor de 7 años, quién lo va a buscar al término de las sesiones.

En tanto, D. se caracterizó por ser un paciente que sufría de cambios en su estado de ánimo, esta conducta fue observada en terapia debido a que se frustraba constantemente cuando las creaciones no conducían a lo que D había planificado. A su vez, no aceptaba la

ayuda de la facilitadora y con ello, se originaban variadas interrogantes al momento de seleccionar las consignas adecuadas.

Por último, para el desarrollo del capítulo II de la monografía se ha seleccionado la práctica individual como foco central de estudio porque se constituyó como una instancia de aprendizaje donde existieron elementos que provocaron tensión, desagrado, y conflicto, por tanto, se reflexiona en torno a variados cuestionamientos acerca del rol del arte terapeuta.

2.3 Objetivos de la intervención individual

Objetivo general:

- Crear un espacio arte terapéutico, donde se promueva desarrollo emocional.

Objetivos específicos:

- Establecer y fortalecer el vínculo entre paciente y arteterapeuta a través del desarrollo de imágenes y objetos.
- Identificar y expresar las emociones utilizando materiales artísticos.
- Reconocer la contratransferencia, durante y después de las sesiones.
- Manejar mayor flexibilidad respecto a la aceptación de situaciones distintas a las esperadas.

2.4 Setting

El trabajo arte terapéutico se llevó a cabo en una sala de reuniones de la Casa de la Cultura. El lugar se acondicionaba media hora antes de iniciar las sesiones debido a que existían varios distractores que entorpecían el proceso arte terapéutico: la presencia de exceso de sillas y que una de ellas tuviera ruedas provocaba que el paciente en dos ocasiones se desplace con ella por toda la sala y no preste atención a las consignas.

El espacio contaba con buena ventilación e iluminación. En ocasiones se necesitó agua y se ocupaba un baño cerca de la sala. En tanto, los trabajos realizados eran guardados en carpetas con el fin de que no se perdieran, éstos los mantenía en un mueble que se ubicaba en mi hogar porque el lugar donde se realizaban las sesiones no contaba con muebles acondicionados para cuidar la integridad de las creaciones.

Claramente, existió un problema con el hecho de que el espacio arquitectónico no sea lo suficientemente seguro y con ello la arte terapeuta es consciente de que en su rol debe trasladar las producciones artísticas hacia otro escenario alejado de las miradas externas. En ese mismo sentido, resulta importante puntualizar en que la arte terapeuta debe estar atenta a solucionar situaciones inesperadas con el objetivo de resguardar las imágenes u objetos realizados por el paciente, ya que en este caso, existía la posibilidad que otras personas observen o manipulen las creaciones debido a la realización de capacitaciones, talleres de inglés y ciencias.

Las sesiones individuales se realizaban una vez a la semana, entre las 19:45 hrs. hasta las 21:15 hrs. los días miércoles, sin embargo, el paciente de un total de catorce sesiones sólo asiste a diez. Las ausencias eran justificadas por la madre, en ocasiones, media hora antes de iniciar la sesión. Por último, hubieron muchas situaciones que provocaron emociones de inseguridad, las cuales serán desarrolladas en el relato del proceso arte terapéutico.

2.5 Técnicas y enfoques utilizados

“El enfoque psicoterapéutico se concentra en la relación y en el desarrollo de sí mismo al promover la autoexpresión, reflexión, y relación de lo interno con lo externo. (Covarrubias, 2006, p.10), por lo tanto, la terapia se desarrolló considerando la creación de instancias en que el paciente experimente sus vivencias desde otra perspectiva conectando para ello sus emociones con el quehacer artístico.

En tanto, “se puede realizar una terapia de modo directivo o no directivo”, (Dalley, 1987, p.13). La terapia directiva se focaliza en un tema, así mismo las consignas y

materiales que se utilizarán en las sesiones son decisiones del arte terapeuta, por el contrario, la terapia no directiva permite la experimentación libre porque el paciente es quién elige materiales y técnicas. En el caso del proceso con el paciente D existió un eje desde lo directivo y no directivo debido a que el inicio de la terapia fue mucho más estructurada, no obstante, las últimas sesiones fueron más flexibles y dirigidas la mayor parte del tiempo por el paciente.

2.6 Materiales

Los materiales que se utilizaron, en algunas ocasiones, eran determinados según los objetivos que se estaban desarrollando. Se presentaban sobre un gran escritorio, mientras el paciente los seleccionaba. En las primeras sesiones se trabajó con medios sólidos y fluidos con la finalidad de indagar qué conducta tendría el paciente D. con esos materiales, encaminándose hacia las sesiones posteriores se decidió incorporar varios tipos de papeles: de colores, con texturas con el fin de que D se sintiera con más confianza y seguridad respecto al grado de control del material. Respecto a esto, “para Wadenson, los materiales con un grado de dureza alto son más fáciles de controlar. (López, 2011, p.186). En otras palabras corresponde a los lápices, papeles, etc.

Según la Tabla de Clasificación de Landgarten (1987), el paciente D. trabajó con medios plásticos visuales correspondiente a lo gráfico, pictórico, tridimensional y otros, sin embargo, los materiales experimentados en su mayoría fluctúan entre el grado de dificultad bajo a un grado de dificultad medio, excepto cuando incorporó a sus creaciones las gubias que se ubican en un grado de dificultad alto.

Tabla n° 1. Clasificación de Landgarten (1987) según el nivel de control técnico de cada medio plástico visual.

Medio plástico visual	Control alto (grado de dificultad bajo)	Control medio (grado de dificultad medio)	Control bajo (grado de dificultad alto)
-----------------------	---	---	---

Gráfico	-Lápiz de grafito (dureza media) -Lápices de colores -Lápiz pasta -Plumón	-Cera blanda -Pastel graso	-Carboncillo -Tinta china -Pastel seco -Tiza
Pictórico	-Témperas -Pinceles gruesos y brochas	-Pintura de dedos -Lápices acuarelables -Acrílicos -Pastel graso con trementina -Sprays	-Acuarela -Óleo -Rodillo -Espátula -Esponja
Tridimensional	-Plastilina -Arcilla o barro -Pasta de sal	-Cartón pluma -Greda, yeso -Material de desecho -Papel maché	-Talla -Gubias -Moldes
Otros	-Revistas y papeles para collage	-Costura y estampado	-Grabado -Video -Fotografía -Ordenadores

2.7 Estudio de caso

2.7.1 Relato proceso arte terapéutico

El presente relato describe momentos y comportamientos observados, además de integrar reflexiones y decisiones a medida que avanzaba el proceso arte terapéutico. La intervención realizada se dividió en tres etapas:

1.- Inicial: Primer encuentro con el paciente D. corresponde a una etapa breve en donde el arte terapeuta conoce e identifica el problema a tratar en la terapia. Lo fundamental de esta instancia es saber reconocer las necesidades reales del paciente con el fin de establecer los lineamientos futuros, además el paciente se familiariza con los materiales de arte.

2.- Intermedia: Esta etapa es la más extensa porque la intención es reforzar el vínculo entre paciente – arte terapeuta, a su vez, se profundiza en las necesidades reales de D con el objetivo seleccionar los materiales de arte adecuados.

3.- Cierre: Etapa final en la que el arte terapeuta prepara al paciente con la intención de que D sea consciente de que el vínculo se disolverá lentamente en el tiempo.

A su vez, la estructura de las sesiones se puede dividir en tres momentos:

-Saludo y recepción: en esta instancia el paciente relata al arte terapeuta lo que realizó durante el día, por lo tanto, se generaba un pequeño diálogo respecto a las emociones que D había experimentado.

-Proceso artístico: la elección de los materiales, por parte del paciente era de forma libre y autónoma. En la mayoría de las sesiones el quehacer artístico del usuario se realizaba en silencio.

-Comentarios y despedida: en las primeras sesiones los comentarios eran nulos, sin embargo, esto fue cambiando durante la práctica, puesto que en ocasiones el paciente D relataba sobre sus obras y lo que les provocaban éstas.

2.7.2 Relato del proceso arte terapéutico de las sesiones más importantes.

El proceso arte terapéutico se desarrolló a través de tres etapas: inicial, intermedia y cierre. Cada etapa se estructuró en función de las conductas y necesidades del paciente D en relación al espacio terapéutico. A continuación se profundizará en las sesiones más importantes porque se considera que le dan sustento a la temática investigada. Sin embargo, es importante mencionar que la primera vez que la facilitadora ve a D ocurre una situación extraña, porque su imagen le recordó a su última relación de pareja, esto la mantuvo nerviosa durante el resto de las sesiones porque no podía evitar recordar a otra persona y a pesar que la arte terapeuta intento no poner atención a esa situación, se produjo un cierto alejamiento del paciente.

Por lo tanto, se desarrollaron los primeros encuentros con el paciente D. se vivió el proceso de manera lenta, específicamente en lograr establecer un grado de confianza o cercanía entre arte terapeuta – paciente. Esto provocó que existiera demora en lograr un diagnóstico claro para poder encontrar el sentido real de la terapia. El paciente D tiende a desafiar al adulto ya que se encuentra en la etapa adolescente, considerando esto fue muy esquivo en un principio evitando demostrar sus emociones dentro de la terapia realizando algunas conductas que demostraban cierto desinterés hacia el arte terapeuta, por ejemplo: cuatro ausencias durante el proceso, llamados telefónicos de la madre, poniendo al tanto de

la situación a la arte terapeuta, esto afectó, en ocasiones, mi desempeño porque trajo consigo momentos de inseguridad. A su vez, esta situación provocó un fuerte grado de incertidumbre y confusión hacia el rumbo del proceso debilitando el vínculo con el paciente, además, esto favoreció un estancamiento frente a las decisiones futuras; respecto a la continuidad de la terapia, a las formas de comunicación con la facilitadora y a la experimentación con los materiales de arte.

La aparición de una imagen como método de defensa, se constituyó en un gran desafío para mí porque con esa creación se evidenciaban conductas rutinarias que las personas con asperger realizan.



Sesión 2



Sesión 7



Sesión 8



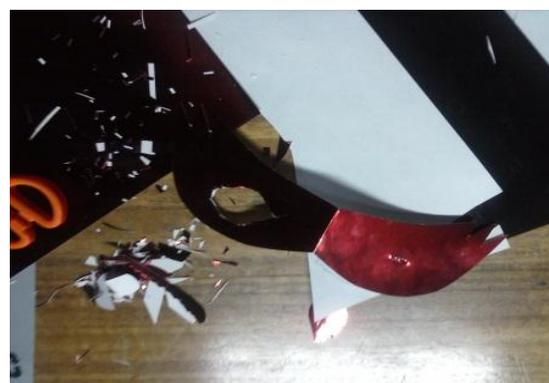
Sesión 11



Sesión 12

Durante el desarrollo de las sesiones, lo primordial fue establecer y fortalecer el vínculo paciente – arte terapeuta, sin embargo en la sesión 4 comencé a descubrir las necesidades reales del paciente y a entender que la forma de abordar las sesiones no era la adecuada considerando el diagnóstico asperger, a su vez el hecho de no identificar y comprender lo que le sucedía al paciente provocaba frustración

para ambas partes porque no era claro el rumbo que debía tomar la terapia.



Sesión 4

También, existió otro aspecto importante y es que las intermitencias en asistir a la terapia por parte del paciente actuaron como un indicador de que el proceso no se estaba

realizando adecuadamente desde la perspectiva de la arteterapeuta en formación y su supervisora, debido a que la mamá menciona que D no desea asistir a las sesiones, sin embargo con el transcurso del tiempo se vislumbra que ella no tenía un compromiso real con el proceso porque manifiesta que desea priorizar los aspectos académicos del paciente D. Por lo tanto, tomando en cuenta lo descrito aparecen miedos y frustraciones frente a la terapia, comienzo a sentir emociones como rabia y pena debido a que no tengo certeza sobre como retomar el proceso, es aquí cuando mi supervisora plantea focalizar lo sucedido y descubrir lo que se está realizando en terapia de manera consciente a través de dos preguntas:

¿Qué he ofrecido en el espacio arte terapéutico?	¿Qué no se ha ofrecido en el espacio arte terapéutico?
1.- Espacio arquitectónico, sala amplia con los muebles necesarios para desarrollar las sesiones.	1.- Claridad por parte del arte terapeuta en lo que se realizará en el proceso, debido a no descubrir las necesidades reales del paciente.
2.- Instancia de experimentación con los materiales artísticos.	2.- No me involucro en las sesiones por temor a no saber contenerlo.
3.- Creación de un vínculo de confianza desde el paciente D – arte terapeuta y viceversa, siendo no tan efectivo	3.- Integrar sus aspectos conflictivos y promover un desarrollo más sano del paciente
4.- La forma de trabajo es activa y participativa, sin embargo, esto no es adecuado porque no se han descubierto las necesidades reales de D	4.- Contención y apoyo
5.- Establecer límites y cuidado en las obras del paciente D.	5.- Profundización en lo que realmente es importante, desde una perspectiva de arte terapia y no pedagógica.

Considerando lo que está escrito con rojo, se establecen que las necesidades para el paciente D son: salir del estado de incomodidad y frustración que le provocó la sesión 4, canalizar las emociones a través de la conexión con el cuerpo. Para ello, es pertinente realizar la sesión 7, correspondiente a la sesión de descarga con ayuda de los materiales de arte, se seleccionó la plastilina porque es un tipo de material que se puede golpear, amasar y modelar. También se integró el uso de guantes porque el paciente D en sesiones anteriores manifestó que no le gustaba el contacto táctil con las masas. Además, hay que agregar que,

no están limpia como la arcilla verdadera; tiende a pegarse en manos y muebles, y es más difícil de sacar lavándola” (Oklander, 1992, p.76).



Sesión 7



Sesión 7

Luego de hacer consciente lo que estaba sucediendo en la terapia, se evidencia un giro positivo ya que se promovió un cambio dentro de la relación paciente – arteterapeuta. Asimismo, existieron importantes cambios experimentados para D., puesto que demuestra sentirse más comprometido con la terapia entregando más de sí mismo, y con ello mejoró considerablemente la visión de quién desarrollaba la terapia. En un inicio el paciente D realizaba trabajos que tienden a resguardar y esconder su emocionalidad pero con el paso del tiempo, esta situación fue cambiando y se permitió mayor experimentación con los materiales artísticos, sobretodo con las masas, desarrollando así, un trabajo más espontáneo y que además promovía un mejor clima dentro de la terapia.

Toda la evolución que hubo dentro de la terapia fue bastante oscilante, desarrollando momentos altos y bajos en el proceso. Puesto que, las ausencias en las sesiones 5 y 6 conllevan a un momento crucial porque el arte terapeuta en formación logró cambiar las consignas y formas de trabajo en función de las necesidades del paciente D., sin embargo, antes de decidir el rumbo de la terapia el arteterapeuta experimentó variadas emociones llegando incluso a cuestionar si debía continuar realizando las sesiones con D o si el momento de vida respecto a problemas laborales era el adecuado para realizar los cuestionamientos y reflexiones que conlleva un proceso arte terapéutico debido al momento emocional en el que se encontraba.

Otro aspecto relevante fue que el espacio de supervisión, se constituyó como una instancia que permitió hacer consciente las resistencias y miedos dentro de la terapia, a su vez descubrir dichas situaciones permitió que la arte terapeuta comenzará a cambiar su

actitud frente a D., posibilitando el descubrimiento de las necesidades verdaderas del adolescente. Luego, de dicha reunión el arte terapeuta comenzó a cambiar la manera de ver al joven, dejando atrás sus temores y permitiéndose reconstruir el vínculo con D en la sesión 7, mediante la experimentación de material moldeable que le permitió al paciente apreciar de distinta manera la plastilina.

Sin embargo, y a pesar de lo anterior, la arte terapeuta se vio nuevamente confundida en el rol que debía cumplir. En la sesión 8 se traspasó el límite entre el profesor y el arte terapeuta, debido a que surge una acción que la terapeuta toma como pedagógica, con el fin de prevenir problemas con el material, (hilo de coser) llegado el momento de coser las telas.

Aquí aparece la disciplina anterior de quién escribe, es decir, emerge el rol del profesor, con la idea de proteger al adolescente, procurando que su estado emocional no se encauce hacia emociones perjudiciales indicándole para ello el uso “adecuado” del material. Entonces, surge la siguiente pregunta: ¿de qué manera se establece el límite entre el profesor de arte y el arte terapeuta? Para ello, es necesario establecer las diferencias que dichas disciplinas poseen, en este sentido, la pedagogía se relaciona con los materiales de arte en función de la creatividad y mediante la evaluación de un resultado al que se le otorga una calificación, por el contrario, el arte terapia se sustenta a través de la triangulación arte terapéutica, desarrollando un diálogo entre paciente – facilitador - materiales de arte, por último, siempre se focaliza en el proceso y no en el resultado de la creación.

Además, durante la supervisión, se me aclara que el paciente asiste a terapia y bajo ese contexto, le van a suceder emociones o sentimientos que tienden a ser dañinos como la frustración. Reflexionando y profundizando sobre este hecho, descubro que a quién se desea *proteger* no es al paciente, si no que al arte terapeuta, porque consciente o inconscientemente consideró incómodo profundizar en la emoción del paciente. Respecto a esto, “frente a una decisión como esa, cabe preguntarse a quién se está protegiendo, al paciente o más bien a sí misma. Todo esto parece simple observarlo hoy, pero es el resultado de un arduo camino recorrido en el reconocimiento de las propias emociones”. (Arratia, 2004, p10).

Considerando lo anteriormente mencionado, la facilitador se enfrenta a una nueva ausencia del paciente D (sesión 10), no obstante, la forma en que se aborda la situación es más propositiva, muy diferente a lo ocurrido en las sesiones anteriores. Enfocándose en lo sucedido en la sesión 7 es que se orienta la sesión 11 ya que se toma como referencia el disfrute que provocó en el paciente D el trabajo con las masas, específicamente con plastilina. Este material es cambiado por arcilla con la intención de observar el comportamiento del paciente cuando experimenta mediante sus sentidos, agregar además que en esta sesión, D cambia de conducta porque ya no utiliza guantes para desarrollar su creación.



Sesión 11

Dentro de las características de la arcilla se sugiere lo siguiente: “su flexibilidad y maleabilidad se acomoda a diversas necesidades. Consideremos sus atributos: es maravillosa porque es sucia, blanda, suave y sensual, atrayente para todas las edades” (Oklander, 1992, p.67), por lo tanto, a través de su versatilidad ofrece experiencias que conectan a las personas con sus emociones y sentimientos promoviendo un diálogo táctil y kinestésico. A su vez, se dice que “el terapeuta puede realmente ver lo que está ocurriendo con el niño con sólo observar cómo trabaja la arcilla. Es un buen eslabón para la expresión verbal de niños no comunicativos” (Oklander, 1992, p.67) es decir, dicho material se caracteriza por profundizar en un tipo de experimentación solitaria, a su vez, el trabajo con ella se puede convertir en una actividad social.

Por consiguiente, en las sesiones posteriores 12, 13 y 14 se evidencia mayor flexibilidad del arte terapeuta y del paciente encaminándose hacia mantener el vínculo entre ellos, ya que comienzan a aparecer conductas más distendidas y relajadas del paciente D, incluso menciona que se siente más cómodo con los materiales, pero solicita silencio para desarrollar su trabajo, además menciona que le gusta poner atención a su respiración.

Luego, en la sesión 14 el paciente D continúa trabajando con masas, esta vez con greda, no utiliza guantes y repite, al igual que las sesiones anteriores, la siguiente figura.



Sesión 14

La creación de dicha figura se considera como un método de defensa a no querer arriesgarse a salir de un estado de comodidad. Respecto a esto, Kramer (1971) plantea que “el arte estereotipado sirve, por lo general, como defensa”, y que por lo tanto es una manifestación de las resistencias del individuo, sin embargo, también puede ser entendida desde el beneficio que otorga para el paciente, ya que ofrece seguridad, no así para el arte terapeuta que busca crear otro tipo de imágenes u objetos que denoten aspectos de la personalidad del paciente.

Luego, se observó un avance frente a la relación que el paciente D establece con los materiales de arte, en otras palabras, cuando D no utilizó guantes y realizó un contacto directo con la arcilla y la greda. Finalmente, se considera que hubo aciertos y desaciertos en la terapia y que afectaron directamente al cumplimiento de los objetivos en el proceso arte terapéutico ya que provocaron lentitud y desconcierto en la manera de abordar las necesidades del paciente D.

2.7.3 Análisis y discusión

El rol como arte terapeuta fue enfocado hacia la neutralidad con el fin de no juzgar su obra, lo importante es que el paciente sea capaz de darse cuenta de que la función del

terapeuta es desde el acompañamiento y la contención. Por lo tanto, “el vínculo se va formando en la relación emocional entre el arte terapeuta y el usuario. El pasaje y resolución de la transferencia en el vínculo permite desarrollar nuevas formas de relaciones, tanto con los otros como con las partes menos conocidas de nosotros mismos” (Izuel, 2012, p.15). Entonces, el espacio arte terapéutico se centró en generar las condiciones adecuadas para la creación y estabilidad emocional para el paciente.

Considerando aquello, las primeras sesiones con D se desarrollaron en torno a la creación de un espacio arte terapéutico, donde el paciente identifique y exprese sus emociones utilizando materiales artísticos. Sin embargo, desde la sesión 3 existió una intermitencia en presentarse a las sesiones debido a conflictos con la madre, vínculo con el arte terapeuta y responsabilidades en el colegio, es decir; desarrollo de trabajos grupales, ensayos del taller de teatro y preparación de disertaciones. Respecto a esto, se esboza que “el hecho de trabajar con adolescentes plantea un desafío extra, debido a la inestabilidad característica de esta etapa del desarrollo, que puede reflejarse en ausentismos del paciente, llegadas tarde o muy temprano, un saludo caluroso o más bien una mirada huidiza, indiferencia, etc., lo que provocará ciertamente algún efecto en el propio terapeuta” (Arratia, 2004, p4)

Lo descrito anteriormente, se observó en el desarrollo de la práctica porque el paciente D se comportaba de forma muy cambiante en su estado de ánimo, ya que por lo general cuando no resultaban las cosas como él las planificaba, se frustraba constantemente y no aceptaba ayuda de la arte terapeuta, y con ello, provocaba en el facilitador fuertes cuestionamientos a la hora de decidir las consignas, los materiales y las fases de las sesiones, etc... Resulta entonces importante que el arte terapeuta flexibilice sus métodos de trabajo en los procesos porque el hecho de reconocer aciertos y desaciertos le permite avanzar en su rol desde la honestidad, se dice que “aceptar lo propio ayuda a enfocar la terapia de manera distinta, enfrentándose mucho más distendidamente al usuario en el momento de llevar a cabo la sesión. Incluso permite reconocer las necesidades del sujeto que asiste a terapia, lo que posibilita guiar la sesión más libremente, más allá de lo previamente planificado, es decir, ser más flexible” (Arratia, 2004, p.4)

Una vez que la facilitadora se dio cuenta de las necesidades reales del paciente D, se logró flexibilizar la terapia mediante la selección de materiales y métodos para proporcionar así la construcción del vínculo o grado de confianza entre paciente y facilitador. Se observó que D se sentía mucho más cómodo en las sesiones donde perduraban los silencios, fue importantísimo entonces no interferir en esa armonía. Respetar los tiempos porque el paciente manifestaba que era grato trabajar de esa manera porque se concentraba mucho más, de hecho, es capaz de verbalizar que puede escuchar su respiración y por lo tanto, logra conectarse con el presente, con el ahora.

Por lo tanto, en su rol el arte terapeuta debe ser lo suficientemente sensible a las necesidades de su paciente, y con ello evitar ciertos materiales que produzcan inseguridad y frustración. Sin embargo, es importante ofrecer a los pacientes la oportunidad de trabajar con variados medios y materiales. “Si la técnica siempre es la misma, los sujetos tenderán a repetir comportamientos. En cambio, con la variación cíclica de los medios artísticos, se ofrece la posibilidad de desbloquear reacciones y transformar actitudes frente a todas las situaciones que vayan experimentando en el setting, incluso aquellas que, en un principio puede provocar rechazo. (López, 2011, p.189). Por lo tanto, el uso de los materiales debe estar al servicio del descubrimiento y la experimentación, no hay necesidad de limitar porque en ocasiones los recursos pueden convocar a la creación de posibilidades sorprendentes.

3. CAPÍTULO III: CONCLUSIONES

En la intervención individual realizada se utilizó el arte terapia con la finalidad de acompañar el proceso de un paciente diagnosticado con Asperger. A través de los cuatro meses existieron pequeños avances con D relacionados con la interacción con los materiales artísticos. Referente al objetivo general planteado al inicio de la práctica, los pequeños cambios que evidenció el paciente D contribuyeron a propiciar un espacio arte terapéutico con el fin de que exprese su mundo interno a través de la experimentación de los materiales.

En relación a los objetivos específicos se logró estrechar medianamente el grado del vínculo entre paciente – arte terapeuta a través de la creación de sus imágenes y objetos y con ello se promovió una mejoría en su estado emocional, en otras palabras, el paciente D poco a poco se fue mostrando más interesado en la terapia y en experimentar los materiales de arte expresando así emociones y sentimientos: positivos y/o negativos.

En un principio, desde la sesión 1 a la 6 se observaron emociones como: angustia y enojo en el paciente porque de cierta manera era lo que la arte terapeuta le transfería al paciente D, puesto que durante la fase inicial de las sesiones no se lograban reconocer las necesidades reales del paciente, a su vez, D presento muchas intermitencias en asistir a terapia, sin embargo desde la sesión 7 en adelante se observó un cambio de conducta, lo que conlleva a que aparezcan emociones vinculadas hacia la creación y transformación.

A medida que fue avanzando la terapia del paciente, se fue modificando el espacio físico y psicológico en virtud de sus necesidades, otorgándole a D compañía y validación en sus obras, y con ello, resulta importante destacar lo ocurrido en la sesión 9 cuando decide tener contacto directo con la arcilla, por lo tanto, ese momento actuó como un indicador puesto que D se permitió tener mayor relación y arrojo con los materiales. En tanto, se comunicó gradualmente al paciente el término de la terapia, D debía tener claridad en que las sesiones se terminarían cuando se le entreguen sus trabajos.

En este sentido es primordial la interacción entre imagen – paciente y arte terapeuta puesto que las creaciones se convierten en un medio de expresión que representa diferentes emocionalidades de situaciones vividas. La tríada arte terapéutica me permitió reflexionar en torno a los cambios que se generaron en el paciente D, poco a poco fui comprendiendo que los desenfados y frustraciones eran pequeñas señales de que la terapia no estaba teniendo un rumbo adecuado.

Respecto a las formas de comunicación, en un inicio el facilitador se dio cuenta que los espacios de silencio junto a D le producían angustia, las experiencias anteriores en otros espacios fueron completamente diferentes, porque los pacientes con Asperger verbalizaban todo el tiempo, por lo mismo, las emociones negativas de la arte terapeuta juegan en contra y provocan descuido en el paciente. Lo sucedido, se constituyó como un real aprendizaje para mis futuros pacientes, es necesario hacer consciente que las personas con este tipo de enfermedades se expresan de forma distinta e individual, mostrando sólo algunas características en común.

Y con ello, lo destacable es que desde el rol del arte terapeuta hubo reflexiones que ayudaron a sobreponerse ante las dificultades del proceso, por ejemplo; ausencias en las sesiones, características cambiantes en un adolescente con Asperger, resistencias del arte terapeuta para visualizar las necesidades del paciente D. Por lo tanto, “aprender a rehacer la sesión previamente planificada, a guiarla según las necesidades del usuario y no de acuerdo a los requerimientos propios, a reconocer y a manejar las emociones personales, entre tantos otros desafíos, fue una ardua tarea” (Arratia, 2004, p.11).

En la terapia vivida junto a D, la facilitadora se sintió, en ocasiones, extraña porque el paciente le recordaba a una pareja, lo que provocó en gran parte de la terapia una nebulosa en torno a lo que se debía realizar en el proceso. Diferenciar entonces la fuerte contratransferencia se constituyó como un gran desafío porque era necesario trabajar con las emociones y necesidades del paciente. Afortunadamente, con el transcurso del tiempo la arte terapeuta comprende que si una situación de este tipo vuelve a suceder actuaría de forma diferente con el objetivo de diferenciar lo fundamental, en este caso: el paciente y su proceso, y no los conflictos de la facilitadora.

Por último, en la terapia vivida junto a D la arte terapeuta tuvo que aprender a diferenciar las necesidades propias de las ajenas, en ese sentido, comprender a cabalidad que lo importante del proceso era identificar las necesidades del paciente, es decir ocupar un rol que tenga características como: atención permanente y posterior reflexión. Por consiguiente, la facilitadora logró darse cuenta que recién en la mitad del proceso arte terapéutico se establecieron caminos más coherentes para las siguientes sesiones y que éstas reflejaron que el paciente D logró mayor conexión consigo mismo a través de sus imágenes y objetos.

Referencias bibliográficas.

- Arratia, C. (2004). La flexibilidad en la terapia. Chile
- Attwood, T. (2002). El síndrome de Asperger. ED.: Paidós, Barcelona.
- Bloch, A. (2002). Al alba de las emociones. Editorial Grijalbo S.A, Chile.
- Covarrubias, T. (2006). Arte terapia como herramienta de intervención para el proceso de desarrollo personal. Universidad de Chile, Chile.
- Dalley, T. (1987). El Arte como Terapia. Editorial Herder S. A, Barcelona.
- Domínguez, P. (2005). Arteterapia. Principios y ámbitos de aplicación. Tomares: Gráficas Gilmo, España.
- Duncan, N. (2007). Trabajar con las emociones en Arteterapia. *Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Vol. 2, 39-49.
- Freire, S. (2007). Un acercamiento al Síndrome de Asperger. Asociación Asperger. España.
- Fernández, A. (2003). Creatividad, arte terapia y autismo. *Un acercamiento a la actividad plástica como proceso creativo en niños autistas*. *Arte, individuo y sociedad* 135 - 152
- Frith, U. (1992). Autismo. Hacia una explicación del enigma. Alianza Editorial. España.
- Grandin, T. (1996). Thinking in pictures: And other reports from my life with autism. [Pensando en imágenes: Y otros reportes de mi vida con Autismo]. New York.
- Gómez, J. (2016). Arte terapia y Autismo: El desarrollo del arte en la escuela. Vol 69, 31 – 48.
- LaPlanche, J. y Pontalis, J.B. (2004) Diccionario del psicoanálisis. Paidos. Buenos Aires

- Izuel, M. (2012). Competencias profesionales e investigación en Arteterapia. *Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Vol. 7, 13 – 26.
- López, M. (2011). Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. *Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Vol. 6, 183 – 191.
- Marrinovic, M. (2003). Asociación Chilena de Arte Terapia. Chile. Recuperado de <http://www.arteterapiachile.cl>
- .Maseda, M. (2012 – 2013). El autismo y las emociones. *La teoría de la mente en los niños autistas. Su afectación dentro del ámbito emocional*.
- Maturana, H. (1990). Emociones y lenguaje en educación y política. Ediciones Pedagógicas Chilenas S.A. Santiago.
- Oklander, V. (1992). Ventanas a nuestros niños. *Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Editorial Cuatro Vientos. Chile.
- Reviére, P. (1978). El proceso grupal: Del psicoanálisis a la psicología social. Ediciones Nueva Vision. Buenos Aires.
- Reviére, A y Martos, J. (1997). El tratamiento del autismo. Nuevas perspectivas. INMERSO. España.
- Salzberg, N. (2014) Exploring Our Senses: A Sensory-Based Art Therapy Program to Enhance the Social Skills of Children with Autism. (Thesis) [Explorando nuestros sentidos: Un enfoque de Arteterapia sensorial para incrementar las habilidades sociales de niños con Autismo] The George Washington University, Washington, DC.
- Serrano, P. (2008). Desarrollo del Arte Terapia en Chile. *Papeles de Arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 3, 17 – 22.
- Fuente: Quintero; J (2007); Universidad Fermin Toro; Escuela de Doctorado; Seminario Teorías y paradigmas educativos; Venezuela; extraído el 28 de Junio del 2012 en sitio web: <http://doctorado.josequintero.net/>

<http://teohumanista.weebly.com/carl-rogers.html>

ANEXO

Sesión 1



Pintura con diferentes colores de témpera sobre hoja de block. Sesión 1

La primera sesión se preparó desde la necesidad de dar a conocer el Arteterapia, considerando sus objetivos, metodologías y cercanía con los materiales. Al inicio del proceso se espera motivar al paciente D a ser un elemento activo con la terapia y a su vez se estableció el encuadre y setting.

El paciente no conocía el arte terapia, de hecho, el interés por ser parte de las sesiones es inquietud de la mamá y no de él. El paciente D llega junto a su madre 10 mins. antes de iniciar la sesión, mientras la mamá me indica que ella o su hermano lo irán a buscar al término de ésta, D se dedica a observar el espacio arquitectónico.

Luego, nos sentamos alrededor de un escritorio, comienzo por explicar el objetivo del arte terapia, mientras tanto, el paciente D escucha atentamente y menciona que ha comprendido todo. Más tarde, le comento que la presente sesión será trabajada desde la

consigna “¿Cómo te sientes hoy?”, él no consulta nada y observa los materiales sobre la mesa.

Para la intervención artística puse a disposición los siguientes materiales: lápiz grafito, de colores, hoja de block, goma, témpera, pinceles, agua, papel absorbente, con la intención de observar con que materialidad el paciente D lograría sentirse más a gusto. Considerando para ello, el grado de dificultad bajo según el nivel de control técnico de los medios plásticos visuales, “Landgarten (1987) discute sobre los beneficios terapéuticos que pueden aportar a cada uno de estos medios, estableciendo una clasificación según el nivel de control técnico de sus propiedades, a la que llama *Media Dimensión Variables (MDV)*. La autora afirma que de acuerdo a este punto, se puede elevar o bajar el estado afectivo del cliente, influir en su libertad de expresión y engañar las defensas” (López, 2011, p.186)

El paciente D comienza a explorar los materiales y toma una hoja de block, dibuja una silla, luego la borra. Sobre la misma hoja trabaja con lápiz rojo, café, violeta y azul, para ello trabaja en silencio la mayor parte del tiempo. D realiza una imagen desde afuera hacia el centro con témpera utilizando azul, violeta y rojo. Luego, realiza una analogía de los colores con su día.

El objetivo trascendental de las primeras sesiones fue generar un clima de confianza, ya que era necesario promover un espacio seguro, donde el paciente pueda expresar mediante la utilización de materiales artísticos sus conflictos internos. Sin embargo, debido a las constantes ausencias del paciente D se dificultó el proceso arte terapéutico, el hecho de no presentarse en cuatro sesiones provocó que la creación del espacio protegido, en ocasiones, se entampe.

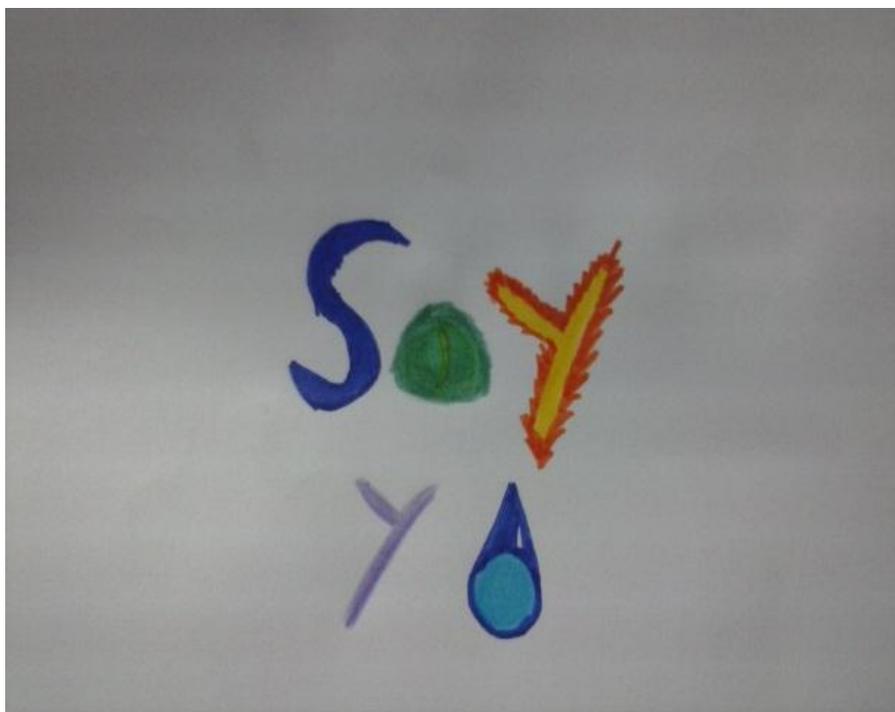
Sesión 2



Dibujo con lápiz grafito sobre hoja de block. Sesión 2.

En la segunda sesión, junto con crear un espacio seguro y de confianza, se buscó estimular al paciente D a desarrollar su potencial creativo a través de hacer consciente la imagen de sí mismo, considerando las cualidades positivas y negativas. Para ello, se colocó a disposición los siguientes materiales: lápiz grafito, de colores, de cera, scripto, hoja de block, goma, témpera, pinceles, papel, absorbente y agua.

Al iniciar la sesión el paciente escucha atentamente las indicaciones y la propuesta es trabajar con el siguiente enunciado: ¿Quién soy?, de forma inmediata D menciona que tiene la respuesta: ¡Soy yo! Posteriormente, observa los recortes sobre la mesa, ninguno le gusta. Trabaja con lápices azul, verde y naranja sobre hoja de block doblada por la mitad.



Dibujo con lápices de colores, pastel, scripto sobre hoja de block. Sesión 2.

El paciente plantea que es una gota, una llama, un ojo. Sin duda, utiliza lo literal para referirse a su creación ya que se mantiene en lo que de cierta manera le produce seguridad y con ello también agrega dibujos de gatos, los cuales aparecen reiterativamente en las siguientes sesiones como método de defensa. Por último, cuando en un inicio se realizó una imaginación el paciente señala a la arte terapeuta que no quiere que respire tan fuerte ya que se incomoda.

Por consiguiente, resulta importantísimo que quién realiza la terapia se encuentre en estado de alerta con los tiempos, diálogos, formas y momentos del paciente, “como facilitadores se ofrece una estructura contenedora y una aproximación respetuosa que permita a cada persona “estar presente” con sus necesidades y emociones”. (Duncan, 2007, p.44). A su vez, considerar que el proceso arte terapéutico es particular para cada persona o grupo y que al realizarse un trabajo con las emociones se debe acompañar y apoyar a cada sujeto en su autoconocimiento.

Sesión 3

La arte terapeuta aún no conoce los eventos más importantes en la vida del paciente D y con ello se presenta la primera ausencia. Su mamá lo justifica y menciona que aún no llegaba a la casa de realizar un trabajo grupal. Sin embargo, en la sesión 4 cuando le consulto al paciente porque se ausento, manifiesta que no deseaba asistir la sesión anterior.

Sesión 4



Creación de máscara sobre papel metálico. Sesión 4

En la cuarta sesión, lo relevante era reconstruir el vínculo debido a la ausencia anterior mediante la creación de una máscara con doble significación, donde la parte interior corresponde a ¿cómo te sientes hoy?, y lo exterior a ¿cómo te ven los otros?

La arte terapeuta le explica al paciente D que se trabajará con máscaras y hace hincapié en la doble significación. El paciente se muestra incómodo frente a lo que se realizará y manifiesta que creará un antifaz. Claramente, en este momento del proceso arte

terapéutico existe un velo frente a las necesidades del paciente, ya que, la arte terapeuta no se encuentra atenta a lo que sucede, insistiendo en consignas que requieren un nivel de abstracción que los pacientes con asperger no tienen desarrollado, por lo tanto, se hace más visible la frustración e incomodidad del paciente y de la arte terapeuta por no saber enfrentar la situación de manera adecuada.

Durante la sesión, D juega con un papel y lo recorta simulando una especie de abanico. Luego, pega, despega y recorta una cartulina roja metálica. Se siente frustrado porque no puede recortar la parte interior como él deseaba y manifiesta verbalmente que se rindió. Al momento de apoyar la situación le ofrezco cortapapel, D no lo acepta y se queda en silencio respirando muy fuerte, luego se dedica a recortar en partes pequeñas el papel rojo metálico que no utilizo en un inicio.

Sesión 5

El paciente D no asiste a la sesión. Al momento de llamar a la mamá a su celular manifiesta que su hijo se ausentará porque se atrasó en el colegio, además plantea que la próxima semana si se presentará.

Sesión 6

Nuevamente, D no asiste a la sesión y esta vez su mamá menciona que no llegará porque el clima esta lluvioso y no quiere que su hijo se enferme.

Sesión 7

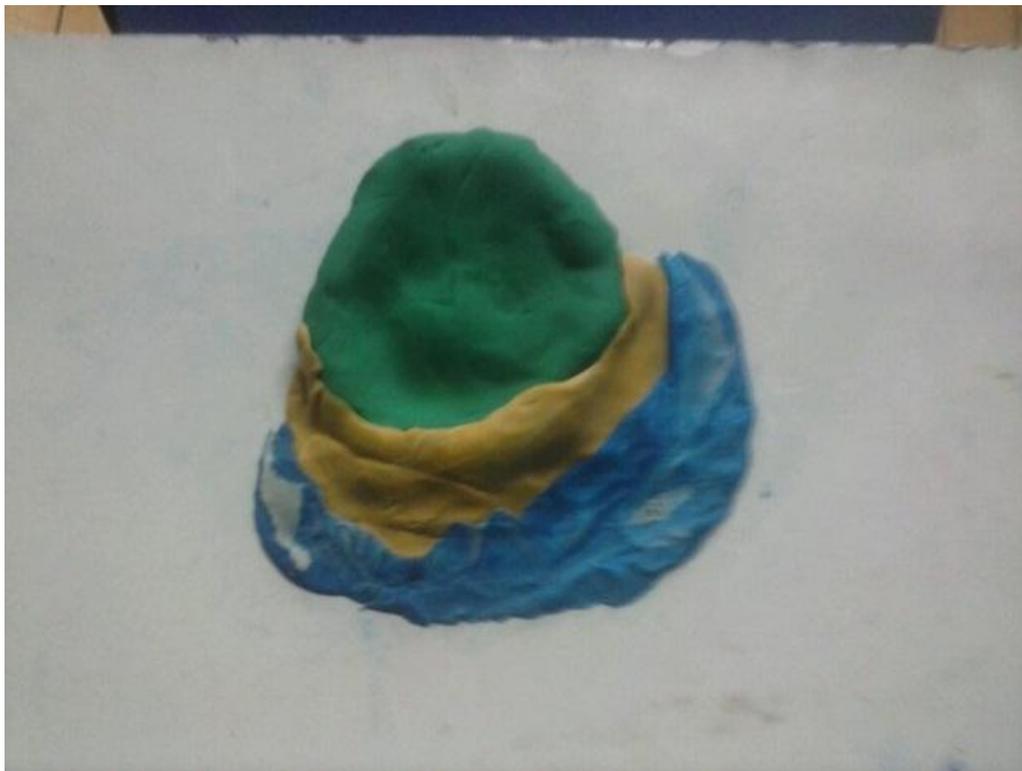
Para llevar a cabo esta sesión, se consideró lo sucedido anteriormente porque comencé a reflexionar en torno a las necesidades reales del paciente D, por lo tanto, el objetivo de esta sesión se focaliza en canalizar la emocionalidad a través del tacto utilizando un material moldeable que le permita al paciente amasar, golpear y aplastar, liberando así sus frustraciones e incomodidades.

Los materiales que se ofrecieron para la sesión fueron variados: lápiz grafito, de colores, hoja de block, goma ténpera, pinceles, agua, papel metálico, corrugado, volantín, pegamento, tijera, guantes y plastilina, integrando con el último material mencionado la

tridimensionalidad, teniendo en cuenta que ésta posee un grado de dificultad bajo para el desarrollo del proceso con el paciente D.

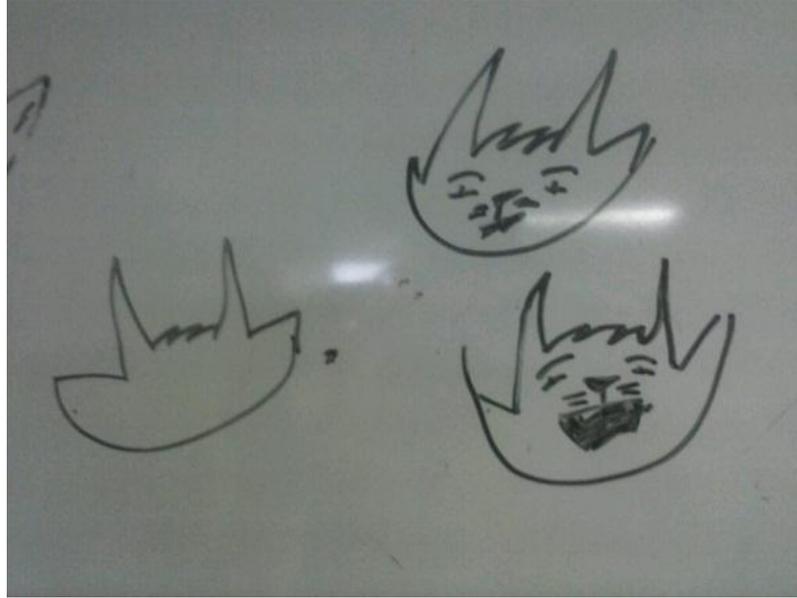


Al inicio de la sesión el paciente observa los materiales y se enfoca en los guantes y en la plastilina. D menciona que no quiere ensuciarse las manos, más tarde agrega que siente raro el contacto con el material debido a que los guantes actúan bloqueando la experimentación directa con las manos y la plastilina.



Diseño tridimensional con plastilina sobre hoja de block. Sesión 7

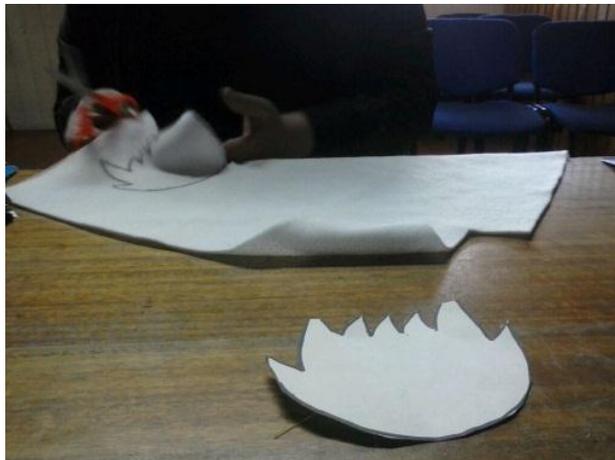
Finaliza su creación en plastilina y toma el plumón negro, se desplaza por el lugar y dibuja en una pizarra, una vez más, al igual que en la sesión 2 aparece la imagen de un gato con diferentes expresiones.



Plumón negro sobre pizarra acrílica blanca. Sesión 7

Sesión 8

En esta ocasión el objetivo es construir figuras tridimensionales mediante la experimentación de los antiguos materiales con los nuevos: arcilla, telas, hilos y aguja. El paciente D selecciona cartulinas, tela blanca y retoma la creación de la sesión anterior realizando un molde de cartulina que luego traspasa a la tela.



Cuando el paciente D comienza a coser la tela se inicia un conflicto porque le sugiero que la hebra de hilo no sea larga porque se puede enredar y se molesta. Y con ello aparece claramente una acción pedagógica, por sobre las características de un proceso arte terapéutico. En este momento es cuando me percató que se me confundió el rol del arte terapeuta, ya que emerge el rol del profesor desde el prevenir un acto que conllevará a momentos de enojo del paciente. Nuevamente no me hago cargo de las necesidades reales de D, ya que priorizo las propias.



Creación de un gato sobre tela blanca a través de hilo y aguja. Sesión 8

Sesión 9

La finalidad de esta sesión es la reconstrucción de la figura tridimensional anterior con el objetivo de que aparezcan emociones agradables para el paciente D. Bajo la misma lógica se mantienen los materiales, excepto la aparición del velcro y el pegamento como medios que podrían ser utilizados en reemplazo del hilo y aguja.

Durante la sesión, el paciente D no desea trabajar con ningún material, de un momento a otro menciona que está enojado porque las cosas no resultaron bien la sesión anterior ya que la tela se movía mucho. Esta vez sólo jugó con los hilos y agujas formado

un espiral. En la búsqueda de que el paciente se vuelva a conectar con su creación anterior le facilitó una tela más delgada y el pegamento, sin embargo, D no desea trabajar.



Cubre una y otra vez la aguja con hilo blanco. Mientras realiza eso, no me habla. Sin embargo, tararea una canción del Rey León. Casi al finalizar la sesión, me comenta que me enseñará a hacer el pelo del rey león.



Una vez más, manifiesta no querer trabajar con los materiales de arte, específicamente con telas. Se observa que está sumamente incómodo con la acción anterior de coser. Al término, existe una pequeña intención por crear algo nuevo, comienza por crear un espiral sobre sus dedos, lo mantiene allí y luego lo suelta sobre la mesa también alude que le gustaría trabajar la “figurita de las expresiones”.



Sesión 10: no asiste

Sesión 11

Durante la realización de esta sesión la intención es que el paciente se exprese y comunique a través de la presencia de repetición de una figura en particular, considerando “el gato de las expresiones” que apareció en la sesión 2. Se colocó a disposición los siguientes materiales: lápiz grafito, de colores, hoja de block, goma, témpera, pinceles, vasos con agua, papel metálico, corrugado, volantín, pegamento, tijera, plastilina, guantes, arcilla, greda.



La sesión comienza y el paciente D observa los materiales y selecciona plastilina, plumón negro, cartulina rosada y arcilla. Trabaja sobre cartulina rosada y dibuja nuevamente el “gato de las expresiones”, luego se dedica a trabajar con arcilla y repite la figura de forma tridimensional, el paciente D comenta que le gusta el color de la arcilla, pero no el olor. Finaliza la figura guarda las dos partes (cabeza y cuerpo) en una caja junto a su diseño creado con plumón.



Lo relevante es que a diferencia de sesiones anteriores. El paciente D desea tener contacto con el material, ya no utiliza guantes, existiendo un mayor acercamiento hacia la experimentación. Se observa un cambio de conducta en querer conectarse con la materialidad.



Sesión 12



Al igual que la sesión 11, lo que se creó se focalizó en repetir la “imagen de las expresiones”, reconociendo las características de los materiales a través de los opuestos. (suave – áspero). Los materiales a disposición son los mismos de la sesión anterior, sólo se agregó greda, estecas, gubias y papel de diario.



Al inicio de la sesión, le menciono al paciente D todos los materiales con el fin de evidenciar que se han agregado cuatro. Durante el transcurso del proceso arte terapéutico, el paciente D se dedica a pulir la figura de arcilla realizada en la sesión anterior con las gubias, comenta que es la Venus, mientras lo dice ríe, pero cambia esta actitud cuando tomó la cámara fotográfica, claramente se siente incómodo, sin embargo continúa trabajando en silencio con la figura y las gubias.



Por consiguiente, observo que el paciente D es muy cauteloso y dedicado en lijar, además de tener mucha precaución con que no se desarme la figura.

Sesión 13

Comenzamos la sesión recordando el acuerdo de la sesión 12, el cual consistía en pintar la figura. El paciente D no utiliza los materiales bidimensionales, esta vez se concentra en seleccionar colores y posiciones para la figura de arcilla. Me comenta que no desea salir en las fotografías y puntualiza que sólo sus manos y trabajo pueden ser visibles.



Al momento de comunicar lo que el paciente D desea, existe un punto de tensión entre las ausencias y presencias en la creación de la fotografía ya que D se resguarda con la intencionalidad de proteger su rostro.



Durante la sesión, trabaja en silencio y solo pinta con tonos grises, además me comenta que la sesión anterior le gustó porque no hablamos mucho y podía escuchar su respiración. Al finalizar, verbaliza que desea greda para trabajar la próxima sesión.

Sesión 14

La última sesión se constituyó como una instancia de continuar con las creaciones tridimensionales considerando que para el paciente D eran su agrado. El objetivo de la sesión fue conocer la greda y establecer diferencias con la arcilla y la plastilina. Los materiales ofrecidos fueron lápiz grafito, de colores, hoja de block, goma, témpera, pinceles, vasos con agua, pegamento, tijera, plastilina, guantes, arcilla, greda, gubias, papel de diario.



Lamentablemente, la sesión no comenzó a la hora habitual, sino que media hora más tarde. El paciente D manifiesta que no quiere hacer nada, además observo que llega muy agitado, una vez que su respiración se estabiliza toma unas figuras de plastilina que se ubican en la ventana, procede a trasladarlas a la mesa. Más tarde, de los materiales a disposición selecciona greda y vuelve a repetir la figura de las sesiones anteriores.



D relata que se siente cómodo con el material, además plantea que no podría usar guantes porque sus manos sudaban cuando trabajo con plastilina. Al finalizar comenta que les es grato trabajar con arcilla y plastilina, pero no desea asistir a arte terapia nuevamente.



Durante esta sesión existió un hecho relevante que me llama la atención ya que el paciente D es capaz de verbalizar su conducta frente a los materiales de arte, especialmente con las masas. Creo que hay un avance frente a que D diferenció un antes y después la disposición y experimentación con los materiales.