



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE ARTES
Escuela de Postgrado
Postítulo de especialización en Terapias de Arte,
Mención Arte Terapia



“EL CUERPO MÁGICO”

ARTETERAPIA, ESQUIZOFRENIA Y AUTOESTIMA

Monografía para optar al título de Especialista en Terapias de arte, mención Arte terapia

Alumna:

Angeline Reyes Gonzalo
Arquitecto, Universidad Central

Profesora supervisora de práctica:

Pamela Ibacache Merino
Licenciada en Artes Visuales, Arte Terapeuta

Profesora guía:

Camila Ovalle Sazie
Sicóloga Arte terapeuta

Santiago de Chile
Junio 2017

Agradezco a “C”, por su generosidad, su confianza y por permitirme acompañarla en este maravilloso proceso creativo.

A mis padres, quienes me han apoyado y acompañado en cada uno de mis sueños.

A Alberto, quien llegó en el momento indicado con su amor incondicional y porque me motivó a confiar en mis capacidades y en el camino que he elegido.

CONTENIDOS

INTRODUCCION.....	5
CAPITULO 1: MARCO TEÓRICO	
1.2. Esquizofrenia y salud mental	
1.2.1 Diagnostico psiquiátrico.....	7
1.2.2 Teorías psicológicas de la esquizofrenia.....	9
1.2.3 Necesidades específicas de la población.....	12
1.2.4 Tratamiento: Esquizofrenia y rehabilitación psicosocial.....	13
1.3. Arte terapia	
1.3.1 Arte terapia en la historia	14
1.3.2 Arte terapia y creatividad (proceso creador).....	17
1.3.3 Arte terapia y esquizofrenia: La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos.....	18
1.3.4 Efectos del Arte terapia como herramienta de desarrollo personal (transformación positiva de la autoestima) en una persona diagnosticada con esquizofrenia.....	21
1.4 Autoestima.....	23
CAPÍTULO 2: DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA	
2.1 Contexto de estudio de caso	
2.1.1 Descripción del centro de práctica: población y Organigrama institucional.....	27
2.2 Antecedentes del caso	
2.2.1 Anamnesis, motivos de derivación a Arte Terapia.....	28
2.3 Descripción y análisis del proceso terapéutico	
2.3.1 Objetivos de intervención.....	29
2.4 Encuadre y Setting.....	30
2.5 Técnicas y enfoques utilizados.....	31

2.6 Materiales y su relevancia.....	32
2.7 Estudio de caso	
2.7.1 Relato proceso Arte terapéutico de las sesiones más Importantes	
2.7.1.1 Fase Inicial: sesión 1ª a 2ª.....	35
2.7.1.2 Fase Desarrollo: sesiones 3ª a 8ª.....	39
2.7.1.3 Fase Cierre: sesiones 9ª a 11ª.....	49
2.7.2 Análisis y Discusión.....	57
CAPÍTULO 3: CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS	
Cuadro resumen de sesiones.....	70

INTRODUCCIÓN

La siguiente monografía da a conocer el trabajo de práctica individual efectuada durante el curso del postítulo de especialización de terapias de arte, mención arte terapia. La práctica fue realizada en un centro de rehabilitación psicosocial integral, destinado a la rehabilitación de personas con trastornos mentales graves y duraderos, enfocada en mejorar el funcionamiento psicosocial, restaurando la autonomía y promoviendo la integración social.

Este documento comienza con la presentación de un marco teórico dividido en tres temas centrales que atañen al caso abordado: Esquizofrenia y salud mental, Autoestima y Arte terapia.

El capítulo 2 da cuenta del contexto y los antecedentes del caso de estudio, además del resumen y análisis de las sesiones de intervención arte terapéutica realizadas.

En el capítulo 3 se presentan reflexiones y conclusiones generales del proceso terapéutico, además de posibles proyecciones y continuidad de dicho proceso.

El objetivo del presente texto, es compartir la experiencia de intervención de Arte Terapia realizada con C, mujer de 32 años quien ingresó al centro de rehabilitación psicosocial el año 2012 con el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide.

C comenzó a asistir a las sesiones de Arte terapia de manera voluntaria pero sin un objetivo a tratar planteado por el centro, por ende la construcción de objetivos se realizó de manera conjunta entre la terapeuta y el usuario.

A través de la creación artística, C pudo conectar fácilmente con la profundidad de sus sentimientos, aventurarse a nuevas experiencias creativas y representar simbólicamente fantasías y ansiedades.

Es “el creador” quien guía cada sesión, quien determina qué camino seguir y en este sentido, el rol del arte terapeuta es estar atento a dichas señales y apoyar al creador en la configuración de los objetivos a desarrollar.

De esta forma, el trabajo realizado con C tuvo un enfoque principalmente terapéutico, concentrado en la relación y en el desarrollo de sí mismo promoviendo la autoexpresión, reflexión y relación de su mundo interno y externo. La creación artística se transforma así en una oportunidad para reconocer al otro en sus habilidades, en sus valores, en sus miedos y más allá de la enfermedad.

La utilización de técnicas semi-directivas posibilitó la entrega de lineamientos básicos que C pudo complementar, además permitió una mayor libertad de decisión en cuanto al desarrollo de las actividades, fomentando el empoderamiento paulatino y por ende el fortalecimiento de su autoestima.

Este texto relata el camino que C recorre en mi compañía como arte terapeuta; en el que descubre el poder de las imágenes, la conexión consigo misma por medio de los materiales artísticos y la elaboración de nuevas herramientas que permitan mejorar su calidad de vida.

En este recorrido, a través de sus obras, C aprende a reconocerse y a amarse a sí misma al darse cuenta de su capacidad creadora, logrando sentirse finalmente como “una artista”. Entonces, es necesario destacar la importancia que posee la obra y el proceso creativo como nexo comunicacional entre el paciente, su círculo y el contacto que logra generar con el mundo.

Personalmente esta experiencia me ha permitido destacar la fuerza y energía que posee cada creación; el poder actuar y modificar la obra como así mismo transformar en mi interior lo que ella representa. Finalmente resaltar la importancia y responsabilidad que conlleva ser receptor de cada gesto, palabra y emoción emitida en cada sesión, las cuales servirán para guiar y acompañar al creador en su búsqueda.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.2. Esquizofrenia y salud mental

1.2.1 Diagnóstico psiquiátrico

La historia de la esquizofrenia es en realidad la historia de la psicosis en general, ya que del conjunto de los que al comienzo de la ciencia psiquiátrica se agrupó bajo los nombres de enfermedad mental, enfermedad psíquica, enfermedad alucinatoria, desorden mental y alienación, las psicosis exógenas se separaron cada vez más y el verdadero núcleo del desorden mental que permaneció fue sólo la esquizofrenia. (Huneus, 2005, p. 51).

En 1893, Emil Kraepelin definió la enfermedad con el nombre de Dementia Praecox, lo cual permitió el desarrollo del concepto a futuro.

Posteriormente en 1911, Eugen Bleuler, Psiquiatra, reemplaza el término de Kraepelin por Esquizofrenia, el cual significa “mente dividida” (escindida), enfocándose en la importancia de la fragmentación de la personalidad.

Bleuler planteaba como fundamental la escisión del pensamiento, emociones y conductas de los pacientes afectados, con un buen rendimiento de las diferentes funciones psicológicas que fallaban al funcionar en conjunto.

Hoy la esquizofrenia se define por el DSM-IV (2013), como una enfermedad mental con alteración de la personalidad que persiste durante por lo menos 6 meses y que incluye por lo menos un mes de síntomas de fase activa: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico, síntomas negativos y pérdida del contacto con la realidad, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

La Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), la definen como “un trastorno mental que puede dificultar a la persona a diferenciar entre experiencias reales e irreales, pensar de manera lógica, dominar y tener respuestas emocionales ajustadas, tomar decisiones y relacionarse con los demás” (FEAFES, 2008, p.31).

Así mismo, las investigaciones realizadas hasta hoy muestran distintas hipótesis relacionadas con las causas de aparición de la esquizofrenia: Modelo de estrés-diátesis (Vulnerabilidad previa a la esquizofrenia como respuesta a factores estresantes biológicos-ambiental), Factor biológico (disfunciones localizadas en áreas del cerebro), Factor genético (componente hereditario), Factor psicosocial (factores estresores de índole psicosocial).

Por otro lado, algunos investigadores creen que la esquizofrenia es un trastorno aislado, mientras que otros creen que es un síndrome (conjunto de síntomas) basados en numerosas enfermedades subyacentes. Se han propuesto subtipos de esquizofrenia en un esfuerzo de clasificar a los pacientes dentro de grupos más uniformes: *Esquizofrenia paranoide* (predominio de ideas delirantes), *Esquizofrenia hebefrénica* (predominan las alteraciones en las emociones), *Esquizofrenia catatónica* (alteraciones motoras), *Esquizofrenia indiferenciada* (presenta varios de los síntomas anteriores).

Podemos resumir que la esquizofrenia se manifiesta a través de síntomas fundamentales y accesorios como explica Bleuler, donde en los primeros encontramos la Asociación, Afectividad, Desapego de la realidad y Ambivalencia; y dentro de los segundos encontramos alucinaciones, ideas delirantes, estereotipias, impulsividad, negativismo, etc.

1.2.2 Teorías psicológicas de la esquizofrenia

Alrededor del año 1940 se exponen avances teóricos y prácticos de gran relevancia en torno al estudio de dinámicas familiares asociadas al surgimiento de la esquizofrenia. A partir de la II Guerra Mundial se manifiesta la terapia familiar como un movimiento que aborda al paciente de manera individual, incluyendo a la madre, e incluso abarcando al grupo familiar completo.

Comenzaremos revisando el enfoque psicoanalítico y los postulados de Sigmund Freud, Melanie Klein, Wilfred Bion, Donald Winnicott y Carl Jung.

Freud manifiesta que la psicosis es una perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior. Principalmente refiriéndose a que el Yo del psicótico se aparta del mundo externo y pone límites a su libertad instintiva. La realidad es repudiada más por las tentaciones que por sus efectos de frustración. Es bajo este escenario en donde el psicótico a modo de reparación quiere compensar la pérdida de la realidad creando una realidad nueva (alucinación).

Freud se refiere al delirio como un “parche colocado en el lugar donde originalmente se produjo una desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior” (Freud, 1924 [1923], p.157).

Por su parte, M. Klein (1946) enfoca sus estudios en el desarrollo infantil; en su libro *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*, afirma que si el niño posee y desarrolla un impulso agresivo considerable durante sus primeros años, se mantendrán en el tiempo miedos persecutorios y defensas primitivas como la escisión y la identificación proyectiva.

La ansiedad y la culpa son parte del mecanismo esquizoide, generándose por tanto la escisión de una parte de la personalidad, siendo grave su permanencia en el tiempo durante los primeros meses de la infancia.

Winnicott (1957) comparte el punto de vista de la importancia de la relación con el núcleo familiar durante los primeros meses de vida, pero se centra mayormente en la relación madre-hijo. Winnicott hace referencia al niño en situación de objeto, donde se ve imposibilitado de relacionarse con otro, donde la madre no ayuda ni acoge lo que el niño desea expresar ni a la interpretación de sus necesidades y gratificación por parte de esta. El niño con esquizofrenia ha sufrido de una carencia de relación con su madre incluso antes de percibirlo. De esta forma genera un falso self (distorsión de la personalidad) con el fin de protegerse del self auténtico, llegando a la consideración del falso self como única realidad dejando de lado el verdadero Yo.

Por su parte, para Jung (1960), dicha distorsión proviene de la afectación del Yo, de la alteración de la “función de realidad”, es decir, se genera una alteración en el límite de la conciencia, en donde se libera material arquetípico que había sido reprimido por el ego. Jung propone el concepto de *metanoia* para intentar explicar la crisis psicótica, donde se genera un intento de curación por parte de la psique. El proceso de “autor reparación” de la psique pasa por una desestructuración y una posterior organización en una forma más adaptativa.

Dichas acotaciones dan paso a las “Dinámicas Familiares Asociadas al Surgimiento de la Esquizofrenia”, la cual vincula sus fundamentos principalmente a que cada integrante de la familia influye en los demás y es influido a su vez por ellos.

Este modelo de pensamiento se denomina *Sistémico* y se centra fundamentalmente en los fenómenos relacionales, surgiendo diversas escuelas y enfoques relacionados con la dinámica familiar y su relación con la esquizofrenia.

Debemos revisar lo expuesto por *Escuela de Palo Alto*, Estados Unidos (1950), donde Gregory Bateson y su equipo son los primeros en enfocar sus estudios principalmente en los sistemas familiares y la comunicación e interacción con algún miembro de la misma que posee esquizofrenia.

Bateson (1972, p. 274), plantea la hipótesis de que: “la comunicación esquizofrénica es algo aprendido y se vuelve habitual como resultado de traumas reiterados de ese tipo”.

Es decir, existe una alteración de los elementos de comunicación, en donde el receptor no logra discernir entre lo literal y lo metafórico, aferrándose a una lectura literal del mensaje.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, se estima que los síntomas relacionados con la esquizofrenia son resultado de un aprendizaje, esencialmente relacionado con las experiencias de intercambio de mensajes con su entorno cercano.

Bajo este principio, es fundamental el análisis del entorno familiar en donde se generan las experiencias de comunicación de la persona con esquizofrenia.

La escuela de Palo Alto denomina a esta estructura comunicativa *Teoría del doble Vínculo*, teoría que explicaría esta patología.

(...) la cual explica la situación en que se encuentran dos comunicantes cuando uno de ellos recibe simultáneamente dos mandatos o mensajes contradictorios entre sí: uno a nivel de la relación comunicativa y otro a nivel del contenido o información” (Roiz Miguel, s/f, p.128).

Por ejemplo, el receptor se ve expuesto a mensajes comunicacionales en donde se le exige y se le prohíbe a la vez quedando así, atrapado en una circunstancia contradictoria. La escuela de Palo Alto consideró que cuando esta situación comunicativa “doble vincular” persiste en el tiempo, se puede llegar a considerar como la causa más considerable de patologías comunicativas, ya sea en los sistemas familiares o en grupos donde exista interacción, teniendo mayor grado de influencia sobre los miembros más jóvenes de las familias, en especial los hijos.

1.2.3 Necesidades específicas de la población

Según la OMS (2017), la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, siendo más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). La misma entidad señala que de todas las enfermedades mentales existentes, la esquizofrenia es una de las 10 más incapacitantes. La magnitud y el impacto que genera esta enfermedad en quienes la padecen puede abarcar desde la estigmatización y discriminación, violación de sus derechos, desempeño educativo y práctica laboral.

Gracias al proyecto VOZ (2015), un trabajo de investigación realizado con la colaboración de cerca de 200 entidades y 5.205 encuestas realizadas en España, se ha podido tener un mayor grado de comprensión en torno a las necesidades de las personas con esquizofrenia/psicosis y sus cuidadores. El proyecto consulta sobre 5 aristas fundamentales para el tratamiento:

- 1.- Necesidades básicas afectivas
- 2.- promoción de la salud para cuidadores
- 3.- libertad en toma de decisiones
- 4.- inserción laboral
- 5.- atención médica, apoyo profesional y rehabilitación psicosocial.

En cuanto a las necesidades básicas afectivas, el 90% de las personas encuestadas indicó que es muy importante el apoyo de la pareja, las amistades y la familia. Frente a esto es necesario considerar dentro del tratamiento el bienestar emocional.

Por otro lado, la encuesta reveló la importancia de promocionar la salud no sólo en las personas con esquizofrenia/psicosis, sino también en las personas encargadas de su cuidado, ya que se considera dentro de los síntomas de la enfermedad la tendencia al aislamiento o alejamiento afectivo y pérdida de la autoestima o dificultades para manejar las emociones.

En cuanto al grado de libertad en la toma de decisiones importantes de su vida, el 50% de la muestra encuestada manifestó no sentirse con la libertad suficiente para tomar decisiones importantes. Lo cual va muy ligado a los cuidadores ya que una de las mayores preocupaciones de éstos es saber qué va a ser de su familiar en el futuro.

La inserción laboral también es considerada una de las necesidades de importancia para fomentar la confianza, desarrollo personal y autonomía.

En el área de la Rehabilitación psicosocial, actividades lúdicas y talleres, encuentran necesario promover y aumentar el acceso de las personas con esquizofrenia/psicosis a actividades de ocio normalizadas. Es necesario tener presente que si bien la farmacoterapia es eficaz, el apoyo psicosocial es fundamental.

1.2.4 Tratamiento: Esquizofrenia y rehabilitación psicosocial

Muchas son las necesidades de un paciente diagnosticado con esquizofrenia, especialmente si hablamos del funcionamiento psicosocial y su participación en la comunidad.

La rehabilitación psicosocial tiene como propósito complementar el tratamiento farmacológico y principalmente aminorar los síntomas negativos propios de la enfermedad a través de la enseñanza de estrategias que permitan afrontar el estrés y la angustia, además de mejorar las habilidades sociales, comenzando por los vínculos más cercanos.

Según la OMS (2017), la rehabilitación psicosocial es un proceso de validación a personas que poseen algún tipo de impedimento físico o mental. Apunta a lograr una mejor independencia en relación a la comunidad, una mejor competencia individual y de esta forma, una mejor calidad de vida.

Se considera el trabajo conjunto de fármacos y tratamientos psicológicos para mejorar las habilidades sociales e individuales, reducir el estigma social; apoyar a las familias;

apoyar al individuo socialmente en relación sus necesidades básicas y, por último, lograr una mejor autonomía.

La rehabilitación debe centrarse primordialmente en potenciar las fortalezas más que en los aspectos negativos de la persona; y enfatizar los puntos de apoyo que entregue su medio por sobre la creación de entornos ideales, los cuales terminan alejando al paciente del contexto social real. Para alcanzar dichos objetivos es necesario contar con la participación espontánea del paciente. Es esencial considerar que cada proceso debe ser diseñado de manera particular.

1.3. Arte terapia

1.3.1 Arte terapia en la historia

El arte como muchas otras formas de tratamiento, tiene raíces que se extienden lejos en la historia.

Malchiodi (2007) hace referencia a la necesidad de crear, entendiéndolo como un impulso humano básico, tal como lo es el lenguaje verbal, el sexo, la interacción social y la agresión.

En las culturas contemporáneas, el arte se ha utilizado simbólicamente para curar la enfermedad y provocar alivio físico y psicológico, la humanidad ha creído desde tiempos antiguos en el poder transformador y terapéutico que puede ejercer el arte sobre las personas. La repetición de las imágenes a lo largo de los siglos ha permitido creer en el fuerte sentido universal de las imágenes y de su rol en la comunicación.

Ya en el año 1942 Adrian Hill, artista y docente de arte, puso en valor dichos efectos terapéuticos relacionados al arte y la creación a través de su propia experiencia tras pasar largo tiempo internado por tuberculosis. Es en esta época donde acuña el término *Arte terapia* para el proceso artístico que generaba un incremento en el bienestar emocional de las personas, ayudando a poner en orden la mente del paciente y a poder liberar su angustia mental.

Posteriormente, en 1947 Margaret Naumburg, psicóloga de profesión, fue una de las primeras en utilizar el arte de forma regular en el tratamiento psicoanalítico.

Por su parte, en 1950 Edith Kramer, artista, se centró en las propiedades curativas del proceso creativo en sí, haciendo referencia a la posibilidad que entrega al paciente en cuanto a no requerir mayor elaboración verbal.

“El proceso del arte terapia está basado en el reconocimiento de que los pensamientos y sentimientos más profundos del hombre, procedentes del inconsciente, consiguen su expresión en imágenes mejor que en palabras” (Naumburg, 1958).

Si bien existen diversas definiciones y opiniones sobre cuáles deberían ser las bases, resulta necesario considerar las que tienen relación con el proceso creativo:

La Asociación Americana de Arte terapia (AATA, 2016), reconoce el Arte terapia como la disciplina de la salud mental que utiliza los procesos creativos en la psicoterapia para explorar y mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas. Toma al proceso creativo como base para la resolución de conflictos, desarrollo de habilidades sociales, reducción del estrés, aumento de la autoestima por medio del autoconocimiento.

En la actualidad, la Asociación Chilena de Arte Terapia (ACAT, 2016), se refiere al Arte Terapia como una especialización profesional que utiliza distintos medios artísticos y procesos creativos para permitir y fomentar la exploración el mundo interno del paciente, además de ser un apoyo en el área educativa y por ende en el desarrollo personal.

Dalley (1984) psicoterapeuta y terapeuta artística, asegura que el arte no es curativo en sí mismo, que el arte no es sinónimo de terapia, ya que no toda actividad artística es necesariamente curativa. Por su parte el Arte Terapia, al tener que ver con el inconsciente, potencia el poder curativo al relacionarse directamente con los procesos de

la mente. De esta forma, afirma que la terapia artística se halla más vinculada con los procedimientos de terapia psicoanalítica, ya que sus métodos se basan en fomentar la libre asociación y la expresión espontánea.

Otro tema fundamental a considerar es la existencia de un tercer componente. Además de considerar la relación terapeuta y paciente, se incluye la obra, constituyéndose así la triada. Es el arte en sí el que se configura como una herramienta dentro de la psicoterapia, es este proceso creativo el que potencia la capacidad sanadora. La obra ofrece la oportunidad de expresar y comunicar los pensamientos y sentimientos difíciles de articular con palabras.

Como menciona Schaverien (1989), “Arte Terapia involucra el trabajo hacia la comprensión, el proceso de comunicación entre el terapeuta, paciente e imagen. Cualquier cosa que suceda aquí, se produce desde una separación de la existencia de todos los días”.

La *British Association of Art Therapists* (BAAT), hace referencia a que el principal objetivo del Arte terapia sería facilitar el cambio y el crecimiento del paciente en un ambiente donde se sienta seguro.

Quienes se adentran en la disciplina del Arte terapia necesitan tener cierta experiencia o habilidades en arte, no para centrarse en la evaluación estética o diagnóstico de la imagen del cliente, sino más bien para facilitar al usuario por medio de materiales artísticos y de un espacio seguro, las herramientas para el cambio y crecimiento a nivel personal. Es el rol del arte terapeuta prestar ayuda al paciente frente a las inquietudes surgidas durante su desarrollo artístico.

1.3.2 Arte terapia y proceso creador

Como apreciamos anteriormente, el Arte terapia se concibe como una herramienta que potencia el desarrollo de la expresión simbólica del mundo interior de los sujetos. A través del arte y la creatividad existe la posibilidad de revelar lo oculto en el inconsciente propiciando la transformación personal.

Dieguez (2006), sostiene que el desarrollo artístico y creativo es considerado beneficioso para la salud por el psicoanálisis, ya que permite disminuir los bloqueos que se autoimpone el paciente con temas difíciles de abordar; aliviando de esta forma el sufrimiento psíquico que podría llegar a sentir. (p.158)

Por su parte Fiorini (1995), realiza una aproximación teórica de la creatividad con base en el psicoanálisis. Denomina a este proceso “*proceso terciario*”, una organización del desarrollo de la creación distinto al proceso primario y secundario planteado por Freud. Propone que la creatividad es una pulsión en sí misma que nunca se detiene y no un producto de la sublimación de la pulsión sexual.

La creatividad como pulsión entregaría la posibilidad de construir nuevos espacios desconocidos, reestructurar los paradigmas de lo establecido y experimentarlo como una alternativa a lo real.

Además propone la existencia de fases del proceso creador:

- 1.-Exploraciones: se desarma lo dado, caos creador. Momentos muy angustiosos.
- 2.-Transformaciones: producción de nuevas formas, ensayos.
- 3.-Culminacion: fascinación, lo imposible se volvió posible.
- 4.-Separacion: duelo, nuevas búsquedas.

Estas etapas nos ayudan a entender a la creación como un proceso de transformación, donde el proceso, el acto de crear se sitúa en dos lugares diferentes. En un principio se atraviesa un lugar borroso, incierto, donde hay mil posibilidades, el lugar donde se

engendra la creación, y posteriormente somos movidos a un lugar donde existe mayor certeza, el lugar donde se manifiesta la idea inicial. El primer lugar es visto como un imposible, donde el creador experimenta ansiedad e impotencia. Esto lo lleva a avanzar al lugar posible, atravesando una etapa de cambios donde hace uso de un lenguaje distinto (artístico) para lograr expresarse.

Fiorini (1995), considera que dichas fases permitirían la sublimación de aquellos impulsos que no pueden ser elaborados por la razón, la canalización de energía simbólicamente a través del arte o el juego, un proceso no necesariamente alejado del dolor pero develadas en un espacio de confianza. Es este proceso creador la columna vertebral de la posibilidad de cambio, el nexo entre el consciente e inconsciente.

Entonces, el proceso creativo nos conduce en un viaje de búsquedas personales, donde la creación otorga la posibilidad de simbolizar lo inexistente, para revelar lo profundo de nuestro ser e integrarlo. Cada obra nos acerca a nosotros mismos, a nuestro descubrimiento. Es por esta razón que cada proceso creador es intransferible como experiencia.

1.3.3 Arte terapia y esquizofrenia: La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Malchiodi (2007), hace referencia a las influencias del arte en el área de la salud mental desde la antigüedad, donde la expresión simbólica era parte importante de los rituales curativos. (p.23)

En 1901 Marcel Reja, Psiquiatra francés, descubrió ciertas similitudes entre el arte de los pacientes, los niños y los artistas primitivos.

En 1912, Emil Kraepelin y Karl Jasper observaron que los dibujos de los pacientes podían utilizarse para ayudar a comprender la psicopatología.

Sin embargo, la relación entre la psique y la expresión visual no se develó mayormente hasta que Freud desarrolló sus teorías sobre el inconsciente y las imágenes presentes en los sueños. Freud notó que sus pacientes frecuentemente decían que podían dibujar sus sueños pero eran incapaces de describirlos en palabras. Esta observación lo llevó a creer que la expresión artística puede ser una ruta para entender el mundo interno de la psique humana.

Hans Prinzhorn, Historiador del arte y Psiquiatra, comenzó a interesarse por la expresión artística de los pacientes psicóticos, recolectando obras para su posterior estudio. En 1922 publica "*La producción de imágenes del enfermo mental*", donde coincide con Jung en cuanto a que la expresión creativa podía hacer consciente imágenes que ayudaban a la auto comprensión y transformación del individuo.

La autora Chris Wood señala que la historia del arte terapia y de la psicosis se remonta hacia ese período, entre 1930 y 1950, a finales de la Segunda Guerra Mundial, cuando las primeras ideas sobre usar el arte como terapia en settings hospitalarios comenzaron a emerger.

En nuestro país, alrededor de 1950 el psiquiatra Rafael Torres y su equipo de trabajo comenzaron a investigar el valor diagnóstico y terapéutico del dibujo y la pintura de pacientes del Hospital Psiquiátrico de Santiago.

En Chile la esquizofrenia se aborda a través de las siguientes líneas de intervención: farmacológica, psicosocial-educativa, y de rehabilitación. Además de buscar prevenir recaídas y facilitar su reintegración a su medio social.

El estudio de la creatividad en la psicosis y la implementación de terapias artísticas como tratamiento de rehabilitación psicosocial en trastornos mentales severos ha permitido dar un vuelco a la imagen que se posee sobre la enfermedad, ya que se considera a la persona, por sobre sus carencias afectivas, emocionales y sociales. Se deja de asociar a la persona diagnosticada con esquizofrenia como una persona incapaz y se

comienza a reconocer como poseedora de un potencial creador, con el cual es capaz de establecer una conexión con la sociedad.

Bajo esta idea, Winnicott (1971/2005) señala que en el caso de la enfermedad mental la creatividad no desaparece sino que se encuentra oculta. La creatividad no está ausente, se encuentra replegada dentro de sí.

Jung coincide con lo anteriormente mencionado, considera que “el artista y el enfermo mental” están en un proceso continuo de creación, mecanismos presentes en todos los individuos. Y plantea además que “los principios terapéuticos deben aplicarse en los momentos difíciles regresivos, pero también como higiene de vida”, argumentando que el dibujo y la pintura facilitan la representación de la situación interior a través de la forma y el color y autorizan el acceso a una imagen que permite introducir una distancia de los afectos. (Kaswin-Bonnefond D, 2006, p.86)

De este modo, el Arte terapia se posiciona como una herramienta para potenciar el carácter creativo del paciente y a partir de esto ayudar a disminuir la angustia y el stress vivido por el paciente esquizofrénico. Una herramienta que le permite expresar y canalizar sus emociones, practicar habilidades sociales y conocerse a sí mismo.

1.3.4 Efectos del Arte terapia como herramienta de desarrollo personal (transformación positiva de la autoestima) en una persona diagnosticada con esquizofrenia

A partir de la biografía revisada podemos observar que el arte terapia se sitúa como una herramienta que destaca por los efectos positivos sobre el desarrollo personal.

Un primer punto beneficioso es el apoyo que entrega la alianza terapéutica. Dicha alianza se centra en todas las aristas de soporte que debe existir entre el terapeuta y el consultante. Establecer un buen vínculo, acodar los objetivos y la forma de conseguirlos. Es en este punto donde el espacio terapéutico cobra gran relevancia en el ejercicio de fortalecer las habilidades sociales (interacción social), ya que a lo largo de la terapia artística el paciente podrá sentir que sus angustias son contenidas en un espacio seguro. Este espacio de contención permitiría, además de fomentar el proceso creativo, promover la interacción con el terapeuta y posteriormente con el contexto.

Frente a lo expuesto, es necesario considerar que el espacio terapéutico se configura como un lugar donde pueden ensayar distintos mecanismos de comunicación.

En segunda instancia, Aranguren y León (2011), destacan que el arte terapia genera un efecto positivo en las personas con diagnóstico de esquizofrenia en cuanto a permitir la conexión de la experiencia subjetiva con la realidad externa, también al promover la armonía y lograr una mayor clarificación emocional al integrar distintos sentimientos. Apuntan además a la importancia del proceso creativo para ayudar a la configuración de sentido de su mundo personal y del contexto que los rodea.

Finalmente si consideramos que una de las consecuencias de la psicosis es la dificultad para reconocer y diferenciar lo interno de lo externo, la realidad de la fantasía, el arte como terapia tiene la posibilidad de orientar la estimulación de las funciones yoicas, destacar las capacidades para fortalecer la autoestima y por ende contribuir a un sentido de realidad, permitiendo contener la ansiedad que dicha incertidumbre conlleva.

Rio (2006) señala:

Pudiera parecer que cuando se habla de enfermedad mental se quisiera decir alguna cosa con relación a aquel que la padece, o que proporcionara alguna información inequívoca acerca de sus dolencias, como sucede cuando nos referimos a una enfermedad digestiva o a una enfermedad coronaria. Sin embargo la enfermedad mental nos remite a algo más que a una persona a cuidar. Mi padre, mi hermana, mi amigo... parecen haberse convertido en otra cosa, haber pasado a convertirse en otro, y esta vivencia de otredad, que se impone al propio enfermo y a sus cuidadores, familiares, amigos... da lugar a una forma de relación en la que predomina la extrañeza, y la impotencia.
(p. 252).

La obra finalmente actúa como un apoyo para quien carga con la etiqueta de dicha enfermedad. Actúa como nexo comunicacional entre el paciente, su círculo y el contacto con el mundo. La cualidad material concreta y tangible de la obra en el Arte terapia permite la configuración de un puente real entre el paciente y el terapeuta, una relación triangular, paciente - obra - terapeuta, la cual se mantiene presente a lo largo de las sesiones arte terapéuticas.

Kleine (2006), sostiene que la obra actúa como un mediador entre paciente y terapeuta, ayudando a “*iluminar las palabras*” del creador. La creación artística se transforma así en una oportunidad para reconocer al otro, de reconocerlo en sus habilidades, en sus valores, en sus miedos, reconocerlo más allá de la enfermedad.

Una cuarta idea importante a destacar está relacionada con el proceso de atravesar la fase de transformación (proceso creativo) al momento de crear. Si bien crear nos lleva en primera instancia a un lugar incierto, posteriormente podemos ser conducidos a un lugar donde existen multiplicidad de posibilidades para llevar a cabo la creación, por ende el Arte terapia permitiría fomentar la flexibilidad de pensamiento, avanzar a un nivel de

simbolización o metaforización tolerando así la ambigüedad y dando forma a un paso importante para la comunicación con el mundo.

Finalmente abordamos los beneficios en cuanto a la mejora en la autoestima. Como se revisó anteriormente, se considera dentro de los síntomas de la enfermedad, la tendencia al aislamiento o alejamiento afectivo y pérdida de la autoestima o dificultades para manejar las emociones. El Arte terapia permitiría abordar el fortalecimiento de la autoestima a través de la obra, ya que elaborar un objeto es un acto tangible que permite evidenciar las propias habilidades y reconocer la capacidad de crear. Esto se enlaza con el desarrollo de la autonomía a partir del sentimiento de “ser capaz” de crear algo por sí mismos. Además, la obra permitiría tomar distancia de las experiencias conflictivas del paciente y así reelaborarlas y transformarlas en oportunidades de cambio.

Jean-Pierre Klein (2006), hace referencia a esto en su escrito *La creación como proceso de transformación*, donde se refiere a que el Arte terapia no busca despojarse de aquello que molesta, sino transformarlo en creación, la cual trabajará sobre su creador. (p.13)

En resumen, la posibilidad de expresarse a través de un lenguaje diferente al usualmente utilizado puede entregar grandes beneficios en cuanto a afrontar las diversas situaciones de estrés relacionado con la enfermedad mental.

1.4 Autoestima

Para abordar la autoestima, es necesario revisar en primera instancia la idea de auto concepto o autoimagen.

El autoconcepto o autoimagen es la idea general que construimos de nosotros mismos a lo largo de la vida en distintos aspectos de nuestras vidas, considerando la actitud o motivación, el esquema corporal (muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas), sentimientos hacia nosotros mismos (relacionado con la autoestima,

sentimientos positivos y negativos), las aptitudes (inteligencia, razonamiento, habilidades, etc.) y la valoración externa (consideración o apreciación).

Se refiere a la imagen que nuestro subconsciente tiene de nosotros mismos, tanto interna como externamente.

Charles Cooley, Sociólogo y psicólogo estadounidense, subraya que el autoconcepto o autoimagen también se ve definido por los feedback de otros (los más significativos y cercanos); el autoconcepto se desarrolla en un contexto social determinado y se ve influenciado por el rol y la jerarquía (variables) que el sujeto desempeña a lo largo de su vida. El autoconcepto se encuentra estrechamente relacionado con la autoestima, ya que la autoestima es la valoración que hacemos de la idea de autoconcepto, ya sea positiva o negativa.

Es a través del autoconocimiento como proceso reflexivo, de autopercepción y auto observación donde se adquiere la noción de las propias cualidades y características.

Es entonces necesario llevar a cabo un proceso de autoconocimiento para la posterior configuración de la autoestima.

De esta forma la autoestima se define y construye a partir del autoconocimiento y por ende se liga a la apreciación que una persona tiene de sí misma, expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica hasta qué punto la persona se considera capaz, importante, con éxito y digna. Por ende, los componentes centrales de la autoestima son: la autovaloración, la autoaceptación y amor propio.

Nathaniel Branden (1995), psicoterapeuta canadiense, da la siguiente definición de autoestima:

La autoestima, plenamente consumada, es la experiencia fundamental de que podemos llevar una vida significativa y cumplir sus exigencias. Más concretamente, podemos decir que la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar, en nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos, y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, a alcanzar nuestros principios morales y a gozar del fruto de nuestros esfuerzos. (p. 21-22)

Dieguez (2006) agrega un punto importante a considerar, en la conformación de la autoestima relacionada con la expresión artística, en donde es necesario considerar que el creador posee vivencias cargadas de emociones y que es incapaz de expresar a través de los recursos habituales de comunicación. El arte otorga la posibilidad de expresar y validar su sentir, por ende entrega seguridad y como resultado fortalece el autoestima. El trabajo de la autoestima permite el fortalecimiento de la personalidad y lograr sobrellevar de mejor manera la frustración y el estrés.

Debido a que la autoestima se construye, en parte, en función del reflejo que los otros hagan de uno, para lograr la transformación, es necesario generar un vínculo significativo que permita la resignificación del autoconcepto.

En 1976 Edward Bordin, Psicólogo, plantea tres componentes que darían forma al concepto de alianza terapéutica, dentro de estas se encontraría el **Vínculo** establecido con el paciente, el grado de acuerdo en los objetivos a conseguir (tareas) y el grado de acuerdo en los medios necesarios para conseguir los objetivos (metas).

Es de fundamental importancia lograr la conformación de un buen vínculo con el consultante ya que este influye directamente en el progreso de la terapia y por ende de la autoestima de quien consulta.

Si el terapeuta en vez de enjuiciar al consultante le entrega apoyo durante el proceso creativo, éste último notará el respeto que el terapeuta tiene hacia él y podrá identificarlo como facilitador del cambio.

La conformación de un vínculo fuerte, entre terapeuta y consultante, fomenta el desarrollo de una alianza terapéutica capaz de ofrecer un espacio adecuado para la expresión emocional del consultante y el respaldo y contención por parte del terapeuta para dicho fin.

El rol del arteterapeuta será entregar las herramientas necesarias para que el consultante se sienta protegido, valorado y respetado en su tiempo y espacio, características que llevarían a elevar su autoestima y conseguir mayor empoderamiento en cuanto a la toma de decisiones personales.

CAPÍTULO 2: DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

2.1 Contexto de estudio de caso

2.1.1 Descripción del centro de práctica: población y organigrama institucional

Los centros de rehabilitación psicosocial integral, desarrollan recursos comunitarios ambulatorios, destinados a la rehabilitación de personas con trastornos mentales graves y duraderos.

El centro cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por médicos psiquiatras, educadores diferenciales, terapeutas ocupacionales, entre otros, quienes trabajan desde una perspectiva humanista, clínica y psicosocial, centrándose en la persona, su familia y el entorno social.

Es así como se forja la misión del centro, enfocándose en mejorar el funcionamiento psicosocial (restaurar la autonomía y promover la integración social), además de entregar apoyo para los cuidadores o familiares.

Las intervenciones que se realizan son tanto grupales como individuales, donde se evalúan las capacidades, competencias y funcionamiento cotidiano. Se apunta además a la generación de conciencia de enfermedad y la importancia de la adherencia al tratamiento, promover el autocuidado, el fortalecimiento de la identidad, de la estructura yoica y del juicio de realidad.

Las intervenciones grupales apuntan a fortalecer la integración social a través de distintos programas y talleres que trabajan en conjunto con espacios comunitarios, culturales, públicos, académicos, laborales, etc.

Por otro lado la intervención familiar se centra en el conocimiento, comunicación y participación activa por parte del grupo familiar en el proceso de rehabilitación, lo cual favorece la adherencia al tratamiento.

Esta intervención en particular se realiza en un centro privado de este tipo, especializado en jóvenes, en la comuna de Providencia.

2.2 Antecedentes del caso

2.2.1 Anamnesis, motivos de derivación a AT

En la reunión que se llevó a cabo con la Psicóloga y Coordinadora Técnica sobre la posibilidad de realizar el taller de Arte terapia con alguno de los usuarios asistentes al centro, se comunicó que uno de los pacientes idóneos para dicha actividad era “C”, por el nivel de compromiso que presentaría con el centro en cuanto a la asistencia y participación en distintas áreas y actividades. No se ahondó mayormente en los motivos de derivación relacionados con el diagnóstico o con el desarrollo dentro del contexto.

El conjunto de datos de la historia clínica de C se conocen mayormente de manera autónoma, por el arte terapeuta.

C, mujer de 32 años, con un funcionamiento cognitivo normal promedio y su educación media completa, ingresó al centro el año 2012 con el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide, primer brote.

En el transcurso de las sesiones, C comenta que en el pasado tuvo alucinaciones auditivas, las cuales hacen referencia a su imagen corporal: “eres gorda, eres fea”. Sin embargo esta información no aparece en la ficha clínica.

C es de estatura media, pelo corto y rizado y un importante sobrepeso. Vive con su madre, su hermana mayor, su cuñado y su sobrina, además de su mascota Luna.

Actualmente, en el centro participa en variadas actividades como: Desayuno, Psicoterapia grupal, Grupo laboral, Grupo social, Meditación y Música.

Es el centro quien se enfoca en destacar la idea de reforzar logros y favorecer las experiencias significativas fuera del recinto. Además de propiciar actividades que disminuyan la sensación de angustia e ideas paranoides.

2.3 Descripción y análisis del proceso terapéutico

2.3.1 Objetivos de intervención.

Objetivo general:

- Fortalecer la autoestima, desarrollando actividades que aportan en la aceptación de su esquema corporal y por ende un mejor autoconcepto.

Objetivos específicos:

- Disfrutar de la exploración de materiales artísticos y la experiencia creativa.
- Tomar conciencia de sus características personales positivas y fundar bases armónicas y saludables en relación a la conexión con su cuerpo y emociones.
- Favorecer el fortalecimiento de la capacidad de poner límites.

Objetivos Operativos:

- A través de actividades artísticas que potencien la exploración y conexión corporal.
- Actividades artísticas que permitan conectar con sus emociones y vivencias que aparezcan en beneficio de una mejor calidad de vida.

2.4 Encuadre y Setting

El **setting** o espacio de trabajo para el Arte terapia se ubicaba en una sala en el subsuelo, destinada para realizar el taller de Arte terapia del centro. Por ende, la sala se encontraba equipada con dos mesas rectangulares donde organizar los materiales y sillas. Además, a la entrada de la sala se encontraba un área de almacenamiento de materiales donde también se podían guardar los trabajos y realizados.

La sala contaba con una ventana en la zona superior del muro que permitía tener ventilación desde el patio del primer piso donde se realizaban otro tipo de actividades.

El cielo del taller estaba construido con material traslucido, lo que posibilitaba la captación de luz natural.

El suelo era de baldosas y los muros de hormigón pintado y revestido en madera hasta 1,40 mts desde el suelo. Esto generaba cierta incomodidad al momento de querer realizar obras de gran tamaño utilizando los muros para sostener los lienzos.

Al inicio del proceso, se estableció el **encuadre** con C. Se había acordado con anterioridad con la psicóloga y coordinadora que el día más cómodo para realizar el taller era el día viernes, ya que existía una mayor disponibilidad del espacio físico (taller) y también mayor disponibilidad de los usuarios.

Se informó a C sobre la hora de inicio y término que tendría cada sesión a lo largo de la terapia. Luego de esto, se realizó la debida presentación de la arte terapeuta como estudiante del pos título de Arte Terapia de la Universidad de Chile y se explicó en qué consistía el Arte terapia y las sesiones que se llevarían a cabo, además de expresar el porqué del trabajo con materiales artísticos.

De un total de 16 sesiones que componían la práctica se realizaron 11, las cuales se llevaron a cabo los días viernes de 10.00 a 11.00 am.

2.5 Técnicas y enfoques utilizados

En la **fase inicial** me pareció adecuado utilizar una metodología flexible en donde C pudiera escoger los materiales y el tema a abordar. De esta forma C podría aproximarse al trabajo artístico sin presiones, lo cual favorecería además la conformación del vínculo. A partir de la segunda **fase de desarrollo**, el enfoque terapéutico utilizado es semi directivo. Se le plantea a C un tema emergente en las sesiones anteriores y se anima a que escoja los materiales que desea utilizar.

La **fase de cierre** se centra en planificar las últimas sesiones para dar término a la terapia artística. Dicha planificación permite elaborar con calma la separación y cerrar adecuadamente el proceso. Esto conlleva la revisión de las obras realizadas en la terapia, además de realizar un análisis o evaluación conjunta entre arte terapeuta y creador sobre los momentos claves del proceso artístico terapéutico. El cierre también se focaliza en reforzar todo aprendizaje, avance y logros realizados por el creador durante el proceso.

Etapas de cada sesión: se estructuraron en 3 etapas; en primer lugar el saludo o bienvenida, donde se consultaba a C cómo se encontraba y con qué sensación llegaba ese día al taller. Posteriormente se planteaba la consigna a trabajar, a partir de los emergentes de la sesión anterior. En esta etapa, se utilizaban técnicas de relajación, imaginación y lectura de poemas. Posteriormente C tenía libertad para elegir y explorar los materiales escogidos con los cuales desarrollar el proceso creativo.

Una vez terminada la obra se generaba una instancia de observación “desde fuera y desde lejos” para socializar con la terapeuta sobre la percepción y sensación en torno a la creación artística. En este proceso se carga a la creación con dichas “verdades reveladas” a modo de *talismán* como menciona Schaverien.

Es necesario considerar esta parte del proceso donde, como Joy Schaeffer afirmaba, el usuario tiene el poder de cargar de material inconsciente las obras que crea de manera consciente. Dichas obras pueden actuar como un *talismán* (como chivo expiatorio) el cual recoge los sentimientos que el creador le transfiere. De esta forma, las obras creadas

pueden transformarse en contenedores que se guardan y protegen, o en puentes de liberación de distintas cargas.

En cuanto a las técnicas y materiales utilizados se tomó en consideración las principales características de C. Se buscó potenciar los aspectos positivos tales como: la observación, la capacidad de análisis, la proactividad, entre otros, a través de técnicas de collage, creación con materiales pictóricos y técnicas basadas en la observación activa de todo a su alrededor.

Por esta razón es fundamental como arte terapeuta volcar completamente la atención sobre el creador y estar atentos a que tenga la posibilidad de desarrollar cada etapa mencionada.

Es fundamental prestar atención y registrar su gestualidad verbal y física, considerándolos también como componentes del proceso creativo. Dicha observación permitirá generar una comprensión más acabada del proceso terapéutico y su desarrollo.

2.6 Materiales y su relevancia

Se utilizaron materiales gráficos, pictóricos, y escultóricos.

Los soportes principalmente fueron de cartulina blanca o papel de gran tamaño, cartón piedra, distintos tipos de papel, distintas imágenes, acompañado de materiales para cortar, pegar y unir.

Tabla Clasificación de Landgarten (1987)

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 collages	-Costura y estampado	-Grabado -Video -Fotografía -Ordenadores

Landgarten (1987), plantea la organización de distintos materiales de acuerdo a la tabla anteriormente expuesta, argumentando sobre los beneficios terapéuticos que aportan cada uno de estos de acuerdo a sus propiedades y al control sobre cada uno, lo cual podría influir en el estado afectivo del cliente y en la libertad de expresión por sobre las defensas que se pudieran activar en el trabajo artístico.

Bajo este principio, en las primeras sesiones se situaron materiales variados duros y de mayor control (papeles de distintas texturas y tamaños, lápices de palo, lápices scripto, lápices de cera duros y block de dibujo). En las sesiones posteriores se mantuvieron disponibles variados tipos de materiales, entre ellos: lápices de palo y scripto de distintos colores, lápices pastel, plumones, revistas, imágenes, plasticina, greda, pintura, espejos, telas, lanas, poemas, entre otros.

Desde un comienzo C expone su gusto por las imágenes y el collage, haciendo referencia a su niñez, materiales que la conectan con este periodo de su vida.

La diversidad en cuanto al tamaño de los soportes contribuyó a la motivación por el trabajo creativo. C comenta frente a esta situación: “*¡Oh! Qué divertido, esto es como un artista en su atril*”. De esta forma, poco a poco se genera una mayor soltura mental y física. Mentalmente se amplía el repertorio en cuanto a los límites creativos y de intervención permitiéndole autodefinirse como “artista”, y en el aspecto físico se genera mayor movilidad, donde se observa que C pasar de estar “sentada como un aprendiz a estar de pie frente a un lienzo como una artista”.

Fue fundamental entregar la posibilidad de utilizar soportes de gran tamaño para abordar la temática corporal. Esto permitió la intervención artística en una escala real, causando un efecto cargado de emotividad en torno al reconocimiento y la toma de conciencia corporal.

2.7 Estudio de caso

2.7.1 Relato proceso arte terapéutico de las sesiones más Importantes

Las sesiones que a continuación se relatan entregan información relevante sobre la vida personal de C, sus vínculos, sus miedos y sueños.

Son sesiones significativas en cuanto al proceso creativo de C; destacan las expresiones verbales y artísticas que logra elaborar en relación a sus conflictos y el posterior reconocimiento y aceptación de los aspectos positivos propios.

Se consideró adecuado clasificar la totalidad de las sesiones en las tres etapas que componen una terapia artística:

2.7.1.1 Fase inicial: sesión 1ª a 2ª

En esta primera etapa el objetivo se centra en la conformación del vínculo terapéutico y para ello se presta especial atención a las problemáticas presentadas por la creadora con el fin de conocerla mejor.

Es importante preguntar a C el motivo de consulta o por qué cree que asiste a la terapia.

En esta etapa es necesario realizar el encuadre terapéutico, el setting, los materiales artísticos que se utilizarán y el cuidado de todos estos.

El arte terapeuta debe ser consciente de que el creador comenzará a conocer el espacio, los materiales y la dinámica de trabajo, a conocer al terapeuta y a conocerse a sí mismo en ésta etapa. Por esta razón el AT debe mantenerse alerta y con la capacidad de contener al creador si este lo necesita.

- Reacción subjetiva del Arte terapeuta:

Sé que es importante centrarse en las necesidades particulares de C considerando que es ella quien encauzará el trabajo terapéutico. Sé también que es necesario dejar de lado las expectativas personales para permitir un proceso de autodescubrimiento natural, pero no puedo evitar alegrarme y motivarme aún más al ver que C llega contenta y con excelente disposición. Es una sensación de tira y afloja entre lo que sé y lo que siento, imagino que se controla al pasar las sesiones.

Llego pensando que la sesión será pausada y con tiempos de silencio, me asombra darme cuenta de que uno debe estar preparada para distintos tipos de personas, ya que C es rápida para trabajar, da la impresión de que está acostumbrada a que le entreguen alguna instrucción para poder responder y cumplir.

Por otro lado, es un proceso donde aprendo a soltar, a no responder a todo lo que me pregunta C, a devolver la pregunta para que sea ella quien busque el propio significado de sus obras.

Desde la primera sesión se observaron interrupciones durante la terapia con C por parte de la terapeuta ocupacional a cargo del taller de cocina en el cual C participa. Dicha situación me hace sentir incomoda, ya que me parece poco respetuoso y contraproducente con el proceso que se lleva a cabo.

- Observaciones:

Al inicio de la primera sesión, C llega acompañada de quien es su tutora en el centro (psicóloga y coordinadora) y quien hace las presentaciones. C se despide de su tutora y la invito a tomar asiento. Me presento como estudiante en práctica de arte terapia de la Universidad de Chile, además de hacer una introducción a lo que es el taller de Arte terapia y la posibilidad que este entrega de expresarse libremente a través de los materiales. Por otro lado, se le da a conocer el encuadre, donde se indica que las sesiones se llevaran a cabo todos los viernes de 10:00 a 11:00.

En esta primera sesión llama la atención cómo C relaciona los materiales con etapas de su vida, recordando sobre todo etapas de la niñez; toma los lápices de cera que comenta usaba cuando era niña y rápidamente comienza a trabajar.

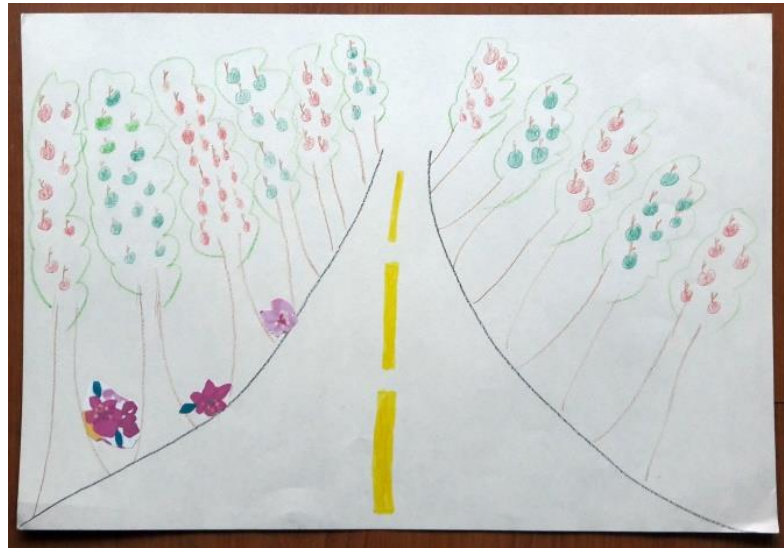


Ilustración 1 Sin Título

C se muestra muy conversadora, pero no deja de trabajar en su obra. Realiza muchas preguntas para saber más de mí, a lo cual la escucho con atención y trato de responder a sus preguntas de forma clara.

Al finalizar su obra me pregunta si yo sé manejar:

C: “Te lo pregunto porque no sé lo que significa esta línea del medio en las calles”.

(Ilustración N°1)

Terapeuta: “Esta línea significa que si tú vas por este lado puedes pasar al otro”.

C: “¿Y si no quisiera que pasaran tendría que ser una línea larga?”.

Terapeuta: “Exacto”.

En la segunda sesión C llega nuevamente acompañada, esta vez por la Terapeuta Ocupacional a cargo del taller de cocina en el cual C participa. Me comenta sus intenciones de llevar a C a una feria de exposición donde venderán sus producciones; le

indico que no podemos suspender la sesión y que necesito por lo menos 45 minutos para realizarla.

C se muestra nerviosa y acelerada cuando llegamos al taller, sabe que tiene que asistir a la feria que le indicó la TO. La invito a tomar asiento e intento tranquilizarla indicándole que tendremos tiempo para trabajar.

Comienza su obra de manera decidida y rápida; si bien la consigna no indicaba que dividiera la hoja para ubicar y diferenciar las cosas que le gustan y las que no, ella decidió dividir la hoja de manera diagonal, para luego ubicar las imágenes en cada extremo sin acercarse a la línea.

Nuevamente se muestra conversadora, ansiosa, saltando de una pregunta a otra.



Ilustración 2 Sin Título

Es en esta obra donde evidencia el problema que significa para ella su aspecto físico.

(Ilustración N°2)

C: “Los caballos los encuentro inteligentes, me gustan los animales, pero no me subiría a uno porque estoy gordita y al caballito le podría doler.”

Aquí puse un corazón al medio de todo porque es importante el amor, no solo de pareja sino de amigos, familia, me gusta estar con mi familia y cocinar con mi mamá”.

En la producción artística de C, es posible apreciar imágenes de actividades físicas, como también se observa la presencia de la temática oral (comida). Junto con lo anterior, resulta evidente a partir de su relato que su autopercepción es la de un esquema corporal disarmónico, capaz de causar potencialmente una molestia a un ser vivo.

A los 30 minutos de terapia, se presenta la otra profesional para retirar a C de su sesión. Frente a la ansiedad que esto le provoca a C, decido que la sesión se dé por terminada pero antes solicito a la terapeuta ocupacional unos minutos para realizar el cierre. C se encuentra nerviosa, se mueve mucho en su asiento y comenta: “¡Qué rico que me dejaron estar acá un rato, aunque haya sido poco!”. La tranquilizo y le recuerdo que nos veremos durante más sesiones y que podremos continuar la próxima vez.

2.7.1.2 Fase desarrollo: sesión 3ª a 8ª

Una vez que existe un progreso en cuanto a la alianza terapéutica y por consecuencia la construcción de un espacio seguro, surge la segunda etapa. Ésta se centra en potenciar el desarrollo de las actividades terapéuticas. Se debe asistir al creador para permitir la expresión fluida de emociones, deseos o conflictos.

Es aquí donde se observan ciertas resistencias y defensas frente al desarrollo de la terapia, momento en el cual el arte terapeuta debe mantener su rol de contener dichas angustias y ser consciente de los posibles avances o retrocesos.

Dichas defensas actúan al momento en el que el creador se ve enfrentado y conectado a su obra y por ende a evidenciar su mundo interno, la imagen de sí mismo.

- Reacción subjetiva de la Arte terapeuta:

Durante esta segunda fase C ha faltado a algunas sesiones, lo cual me hace sentir cierta frustración, lo cual se ve potenciado al poco apoyo que siento por parte de la institución. Las interrupciones por parte de la terapeuta ocupacional del centro se han vuelto recurrentes y cuando suceden, C detiene su trabajo. Yo también me desconcentro, comprendo la importancia de estar atento y volcado a la persona con la que estamos trabajando.

Es necesaria la autocrítica y sé que en términos de encuadre hubiera sido importante que C pudiera haber visto en mí quien mantenía los límites en cuanto a las interrupciones, aprender de manera indirecta que su espacio y su tiempo hay que protegerlo. Hay que ser rápida y saber improvisar, C es rápida, ágil de mente.

- Observaciones:



Ilustración 3 Título: "El progreso de C"

C no asiste a la sesión número 3, se confunde con información que le entrega la Terapeuta Ocupacional quien le indica que tiene sesión con ella a las 11 subentendiendo que no debe llegar a la sesión de las 10; frente a esta situación se decide re agendar la sesión.

Una vez que damos inicio a la sesión re agendada se ve a C tranquila y relajada. Comienza a trabajar muy concentrada y en silencio, nuevamente rememora con los materiales su niñez, la plastilina.

(Ilustración N°3)

C: “Esta soy yo en el hospital de (C nombra el centro) (izquierda) y acá estoy yo fuera del hospital, ojalá en un año más (derecha). En este lado estoy más formal, con zapatos altos y peinado”.

Hay una diferencia de tamaño y color entre como se ve hoy y como se quiere ver. Aquí hay que referirse a lo que C comenta: “quiero verme más grande, más autónoma”, ella quiere verse femenina.

También hace referencia a su enfermedad, habla de ella abiertamente, de cómo quiere dejar atrás las voces que la atormentan con su imagen corporal.

Aparece nuevamente la división entre una figura y otra. Frente a esto se le invita a que miremos la obra “desde lejos” para que pueda ver la totalidad del trabajo y distinguir la separación entre ambas figuras. Con el fin de estimular y alentar a C a desarrollar y canalizar su capacidad creativa para comprender y tomar conciencia del significado de sus propias imágenes y simbología. Y en torno a esto lograr (en la medida de lo posible) la modificación de la división como una limitante entre lo que es y lo que quiere llegar a ser, se le pregunta cómo cree que la figura del hoy puede llegar a la del mañana, Frente a esto C determina que esta división es como un río y que lo puede cruzar despacito y con calma comenta: “*el que no se arriesga no cruza el río*”.



Ilustración 4 Título: "Un cambio productivo"

Se observa que en ninguna de las dos figuras realiza las manos, se dedica a los accesorios, al pelo y los zapatos. Se le comenta dicha observación y se le pregunta si le gustaría realizarlas. En esta segunda obra (Ilustración N°4) se observa que no realiza una división, al contrario, une las hojas para que conecten y formen una sola obra.



Ilustración 5 Título: "Indagando en mi nombre"

En las sesiones que siguen, se cambia el tamaño del formato, además de utilizar el suelo, los muros, etc.

Frente a esta situación, C se muestra entusiasta, comenta: "¡Oh! Qué divertido, esto es como un artista en su atril". (Ilustración N°5)

Se busca además que fortalezca su autoestima reconociendo sus características positivas, trabajando de forma gradual partiendo por el nombre, posteriormente dar paso a la observación y finalmente a trabajar con el cuerpo.

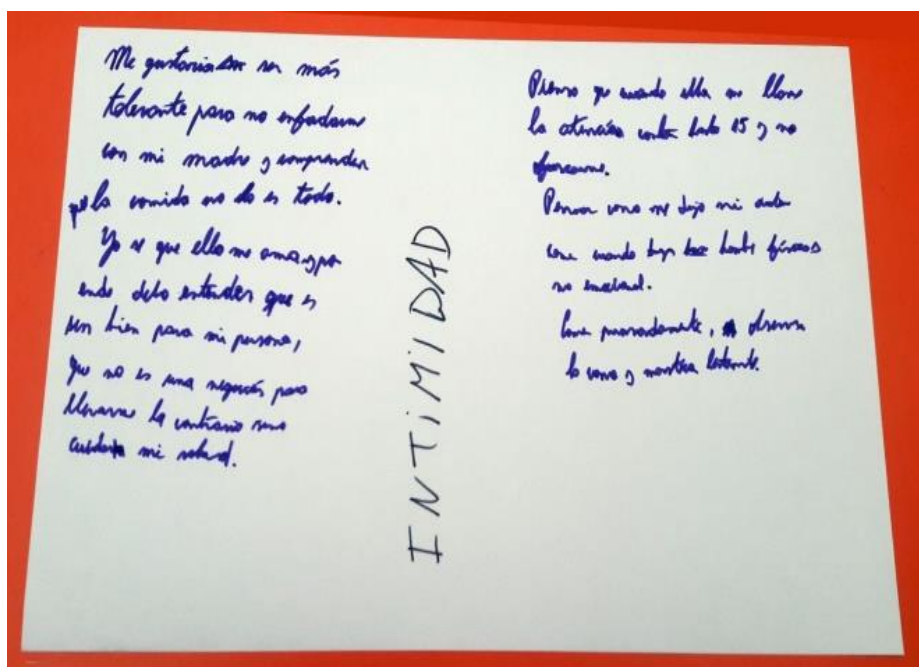


Ilustración 6 Título: "Intimidad"

En sus obras logra exteriorizar su conflicto con la comida, la alimentación y la imagen corporal. Se le pregunta si quiere ahondar en ello en otra obra a lo que responde que sí, que le gustaría escribir. (Ilustración N°6)

Al finalizar la obra decide leerla en voz alta. Hay un momento en el que confunde la palabra “vida” con “comida” evidenciando la dimensión que toma la comida en relación a su propia vida. C: “Me gustaría ser más tolerante para no enfadarme con mi madre y comprender que la vida...que la comida (se corrige) no lo es todo”.

Dentro de su obra también es posible visualizar el rol significativo que juega la familia de C al proporcionarle mensajes de características censuradoras:

Terapeuta: “¿En qué momentos sientes que tienes que ser tolerante?”.

C: “Cuando me molestan o cuando en mi casa mi mamá me restringe la comida porque soy gordita, pero yo lo tolero porque sé que es por mi bien.”

Comienza a dibujar con la pintura al final de su nombre, dibuja a su mamá diciéndole que no coma dulces.

Al mismo tiempo el mensaje familiar puede ser leído como ambivalente, ya que durante las reuniones clínicas el equipo de profesionales del centro comenta que la familia nuclear de C se caracteriza por tener problemas de sobrepeso y no cuidar su alimentación. Frente a esto C repite la frase que ha escuchado como si fuese un *mantra*,

sin entender el sentido subyacente: “Yo sé que ella (la mamá) me ama y por ende debo entender que es un bien para mi persona, que no es ninguna negación para llevarme la contraria sino para cuidar mi salud. Pienso que cuando ella me llame la atención contar hasta 15 y no ofuscarme, pensar como me dijo mi doctora “comer cuando haya hambre física y no hambre emocional, comer pausadamente, observar la comida y masticar lentamente”.

Al finalizar la sesión C comenta que se siente con un *peso menos*.

En la sesión N°5 se da paso al trabajo de observación corporal (Ilustración N°7). La actividad se realiza con espejos de distintos tamaños, desde uno muy pequeño hasta uno de cuerpo completo.

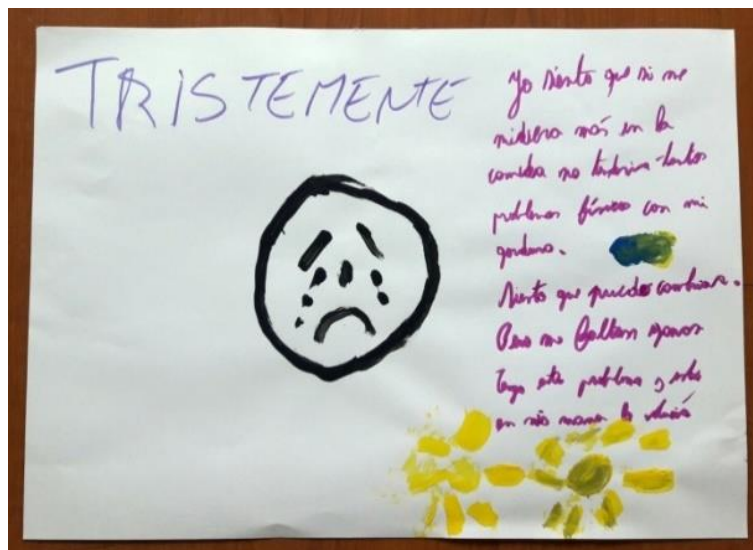


Ilustración 7 Título: "Tristemente"

A medida que la observación se realiza en los espejos de mayor tamaño comienza a mostrar la aflicción que le genera observar su cuerpo completo. Toma los lápices de manera rápida y comienza a escribir.

En su relato logra destacar que le gusta su cara pero no como se ve su cuerpo. Señala que sabe que puede cambiar pero que le faltan ganas, que está muy consciente de que le dicen que está en sus manos la solución.



Ilustración 8 Título: "El cuerpo mágico"

Al momento de trabajar con el cuerpo continúa utilizando pinturas. Este material permite un primer paso de desbloquear las barreras autoimpuestas, permite un fluir libre por las imágenes que transitan la mente, los trazos, las formas, los colores, se logra una desinhibición en donde la mano es libre de la censura.

Se le invita a escoger la posición que ella quiera para plasmar de su cuerpo en el papel, el cual se encuentra en el suelo. Solo apoya sus manos, piernas y pies.

(Ilustración N°8) Evita que su tronco y su cabeza toquen el lienzo. Se evidencia una devaluación del propio esquema corporal.

En una segunda instancia se podrá ir accediendo poco a poco a lo más profundo de la imagen corporal que acaba de plasmar.

Luego de esta actividad se plantea la posibilidad de modificar (en la medida de lo posible) a través de la creación artística algunos de los sentimientos y apreciaciones negativas que C posee sobre su imagen; y potenciar los aspectos positivos, su autoconcepto y por ende el fortalecimiento de su autoestima.

En la sesión posterior se retoma el trabajo del cuerpo. Esta vez, el lienzo se encuentra en el muro y decide ubicarse del tal forma que se marca el contorno completo de su cuerpo. Llama la atención la boca de su dibujo. Está realizada con plasticina y cubierta con *masking tape* dando la impresión que formara una X tapándola. Destaca también la forma en que llena de equis los brazos que “le incomodan”. Dice que siente que no les sirven que le estorban (Ilustración N° 9).

Es muy relevante la forma en que termina su creación. Se toma bastante tiempo observando su obra y finalmente comienza a unir las distintas partes de su cuerpo con líneas que salen desde el corazón: “Los sentimientos unen todo el

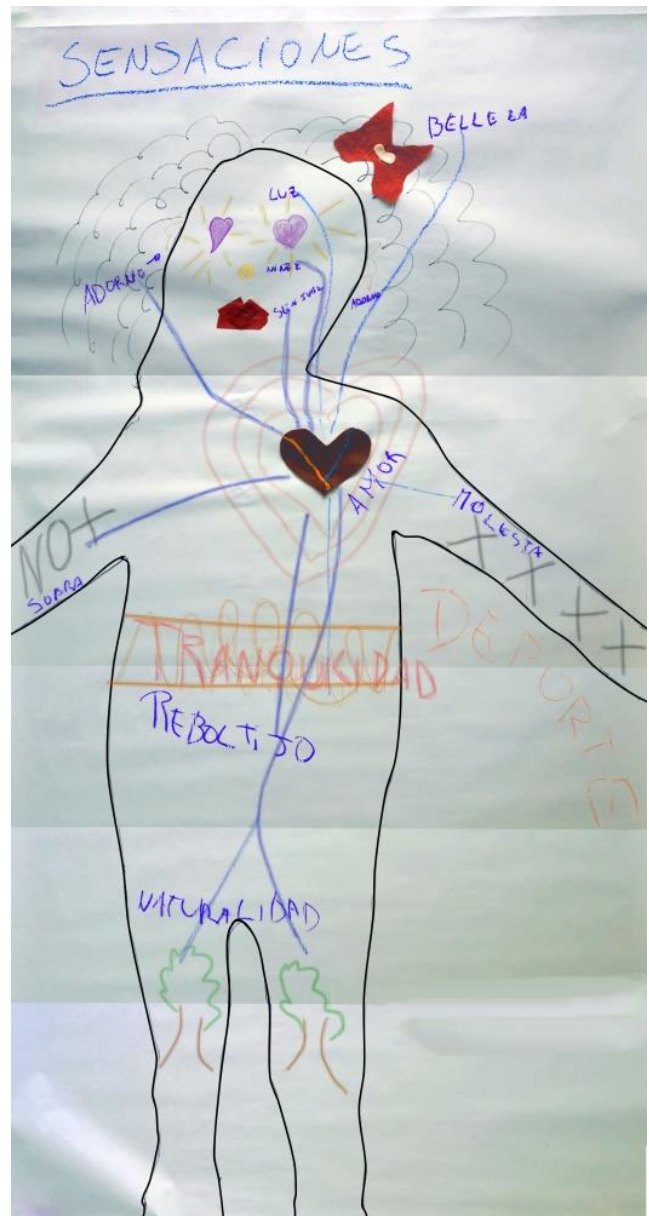


Ilustración 9 Título: "Sensaciones"

cuerpo. A veces los brazos me sobran, me molestan pero son míos, entonces los quiero.

El corazón puede sanar pensando positivamente. Me doy cuenta de que todo lo puedo solucionar con amor y voluntad, las pastillas no funcionan solas”.

Se observa una gran diferencia con la obra anterior alusiva también a su cuerpo. En esta nueva creación abordó los aspectos conflictivos de ella; la desconexión anterior se ve reparada. En la obra anterior el cuerpo se ve fragmentado y faltan partes, mientras que en la actual se observa el cuerpo con todos sus miembros, más integrado, más completo, donde destaca la conexión interior que realiza desde el corazón a todas las partes del cuerpo. En este trabajo logra elaborar algo positivo con su imagen corporal. No se queda en la queja, sino que hace algo en su creación y que repercute en su vida, lo cual la asombra. (Esto le entrega fortaleza y seguridad).



Ilustración 10

La sesión N° 7-8 busca la permanencia posterior al proceso creador. La obra creada conlleva una experiencia, es por esto que se pueden revivir los sentimientos que se tuvieron al crearla, con solo mirar la obra tiempo después. La consigna se centró en escribir una carta para ella misma, en donde C niña le cuente a C adulta cómo se siente, cuáles son sus deseos más profundos, sus sueños, etc. Además de entregarle buenos deseos y mucho amor, en sus palabras.

C se muestra emocionada con la idea de enviar la carta por correo y que le llegue después de finalizadas las sesiones en el centro. Comenta que le gustan los regalos y

las muestras de cariño, es por esto que en esta actividad se concentra y toma su tiempo en cada paso.

Cada detalle es creado meticulosamente y cuando necesita materiales ella misma se levanta de su asiento y los busca en los estantes; se la observa resuelta y más decidida.

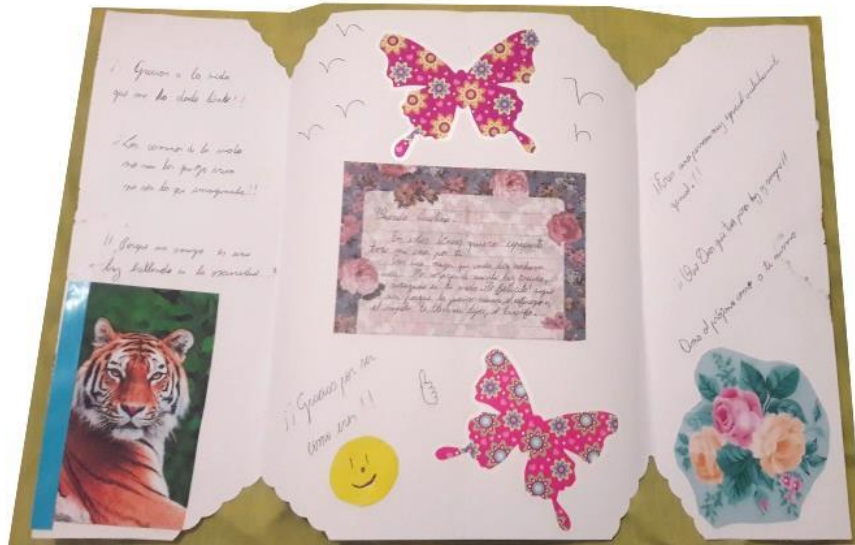


Ilustración 11

Durante la sesión pregunta un tanto nerviosa: “¿tengo que terminarlo ahora cierto?”. A lo que le respondo que no es necesario y que nos podemos tomar la próxima sesión para que termine su regalo. Se le sugiere tomarse el tiempo necesario para realizar las actividades. Esto permitirá que se relaje y disfrute más de la sesión.

Una vez terminado, lee lo que escribió y ella misma comenta con una sonrisa: “¡Quedó hermoso!”. Escribe sobre lo orgullosa que está de sí misma y de todo lo que ha logrado; escribe además, extractos de canciones que le hacen sentido y que le gustan mucho porque expresan cómo ella se siente con la vida, finalmente registra frases cortas de motivación para ella misma y que tienen relación también con sus creencias religiosas. (Ilustración N°11).

2.7.1.3 Fase cierre: sesión 9ª a 11ª

La última etapa, se centra en preparar y planificar las sesiones finales para el cierre de la terapia artística y por ende la separación de los participantes de la terapia.

Es recomendable realizar un recorrido por las obras creadas, para llevar a cabo una evaluación de lo experimentado en el proceso creativo y terapéutico.

- Reacción subjetiva:

A lo largo de la terapia, me di cuenta de lo importante que es la supervisión externa de las sesiones que se realizan. El respaldo que la supervisora de práctica me brindó, me permitió resolver dudas e inquietudes relacionadas con las sesiones, los materiales a utilizar o bien las técnicas que se podían poner en práctica. El apoyo entregado por la supervisora fue de real importancia frente a la escasa comunicación por parte de la institución.

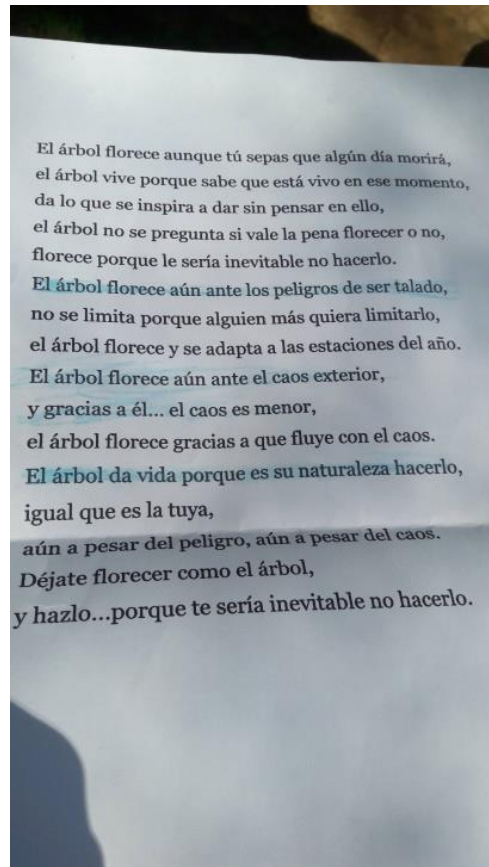
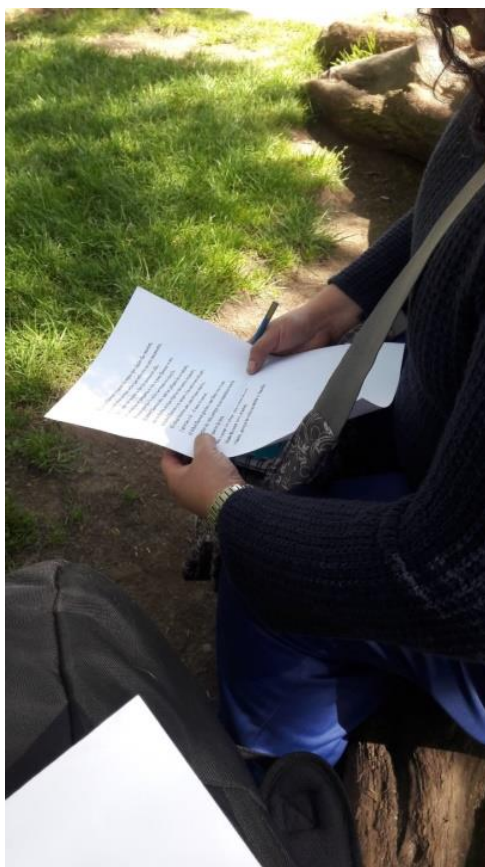
Me siento inquieta por la posibilidad de que C no asista a más sesiones y que se pierda un proceso que hasta el momento, ha mostrado avances considerables en cuanto al fortalecimiento del autoconcepto de C.

Por otro lado, al ser esta una situación especial donde se definen una cantidad de sesiones (en este caso 16) existe la presión interna de querer cumplir con dicha consigna, dejando de lado la importancia de que no es la cantidad de sesiones cumplidas si no el desempeño en el área de los objetivos terapéuticos planteados, las proyecciones y la relación lograda o no lograda entre terapeuta-obra-paciente, entre otros aspectos. Puede que 16 sesiones sean muy poco tiempo para una persona o que con 5 sesiones basten para otra.

- Observaciones:

Las sesiones anteriores se pensaron para trabajar en base a una metodología gradual y progresiva en torno al fortalecimiento de la autoimagen y por ende de la autoestima. Para la etapa de cierre se considera conveniente utilizar la metáfora del árbol para condensar el trabajo previo. Esta metáfora permitiría suavizar la temática corporal que para C resulta conflictiva.

La metáfora de “el árbol” y su correlación simbólica con el cuerpo humano permitirían restablecer la conexión con el propio cuerpo desde esencial y lo natural.



Al plantearle a C la posibilidad de trabajar fuera del taller responde con emoción. Le comento que iremos a un parque cercano al centro para realizar una actividad con la naturaleza y en particular con los árboles.

Cuando vamos saliendo del centro me pregunta si le consulté a la Terapeuta Ocupacional que saldríamos. Llama la atención esta acotación ya que su tutora es la psicóloga del centro (a quien se le informó sobre la salida) y no la T.O. Como hipótesis se visualiza como un momento importante en donde C reconoce mayor autoridad en la T.O.

Cuando llegamos al parque comenta: “¡Qué loco esto!, yo nunca había salido a mirar los árboles, a veces uno no se da tiempo para cosas como estas”.

Realizamos una actividad corporal introductoria en donde se le indica a C que se irá relatando una historia que debemos seguir con el cuerpo.

Se inicia la actividad agachada en el suelo, tomando contacto con la tierra junto con la frase “somos semillas plantadas en la tierra que comenzamos a crecer”. Se indica que los pies son las raíces que se agarran fuerte a la tierra. Poco a poco se invita a que se levante sintiendo la fuerza que ejercen las piernas para levantar su cuerpo asemejando el crecimiento del árbol. Se empiezan a estirar los brazos para asimilar el crecimiento de ramas y hojas que se mueven con el viento. Se le indica que sienta el viento y como éste mueve las ramas, el sol que reciben las hojas y la energía que recorre el tronco.

Luego realizamos un recorrido por el parque. Mira desde lejos y poco a poco se acerca a los árboles y reconoce sus detalles, toca los troncos, las ramas. Es una bella experiencia sensorial.

Posteriormente sentadas en un árbol damos paso a la socialización en torno a la experiencia. Para ello le entrego un poema sobre el árbol y le pido que lo lea.

¿Por qué se utiliza este poema en particular? (Ilustración N°11) Hay una intención terapéutica de reflexión en torno a la vida misma, además de la analogía y correlato simbólico en relación al árbol y el cuerpo humano.

EL ÁRBOL FLORECE. FLORECE TÚ

El árbol florece aunque tú sepas que algún día morirá,
El árbol vive porque sabe que está vivo en ese momento,
Da lo que se inspira a dar sin pensar en ello,
El árbol no se pregunta si vale la pena florecer o no,
Florece porque le sería inevitable no hacerlo.
El árbol florece aún ante los peligros de ser talado,
No se limita porque alguien más quiera limitarlo,
El árbol florece y se adapta a las estaciones del año,
Sin apenarse por la pérdida ni añorar el regreso de su retoño.
El árbol florece aún ante el caos exterior,
Y gracias a él... el caos es menor,
Cuando el árbol florece, el caos en realidad no existe,
El árbol florece gracias a que fluye con el caos.
El árbol da vida porque es su naturaleza hacerlo,
Igual que es la tuya, aún a pesar del peligro,
Aún a pesar del caos.
Déjate florecer como el árbol,
Y hazlo... porque te sería inevitable no hacerlo.
Fabiola Cuevas, psicóloga

Ilustración 12

En esta sesión se realiza un trabajo de exploración. C encuentra una relación de lo que ha observado y leído con su propia vida. Se da cuenta de que rechaza parte de sí, pero también nota que ha abierto la posibilidad de conectar con la parte positiva de ser mujer, con su parte creadora. C realiza una reflexión y posterior auto aceptación en torno a los aspectos positivos de ser mujer, es un pequeño avance en cuanto al fortalecimiento de su autoestima. Ejemplo de ello, es que pide llevarse el poema para conservarlo y poder recordar los aspectos positivos que logró identificar y que relaciona con su vida.

Subraya las partes que le hacen sentido entre ellas destaca la siguiente:

“El árbol florece aún ante los peligros de ser talado”.

Luego C acota: “Los peligros son las voces que me dicen cosas malas, si me quedara con eso no haría nada con mi vida. También me gusta esta parte que habla del caos que tiene

que ver un poco con lo mismo, dice: “el árbol florece aún ante el caos exterior, y gracias a él... el caos es menor”.

“El árbol da vida porque es su naturaleza hacerlo. Yo lo relaciono con que uno es mujer, y somos capaces de dar vida, que también damos frutos”.

Una vez terminada la observación de los árboles y la lectura y análisis del poema volvemos al taller donde hemos realizado las sesiones anteriores. Antes de irse vuelve a comentar que pegará el poema en su pieza para recordar lo que aprendió hoy.

Durante el inicio de la sesión N°10, C comenta emocionada que le mostró el poema a su mamá y su hermana y que ellas le habían preguntado cómo creía que éste se relacionaba con ella. Feliz comenta que les había respondido que se relacionaba con su vida y que su mamá habría aprobado su aprendizaje.

Luego menciona que le habían preguntado con qué materiales construiría su árbol y que se habían mostrado reacias a que fuera a funcionar como ella lo estaba pensando. Esto genera mucha inseguridad en C, se muestra con dudas al respecto, no sabe si funcionará, realiza distintas preguntas en cuanto a la materialidad que usaremos. Le comento que existen diversos materiales con los que podemos experimentar y probar muchas veces, esto la hace sentir más tranquila.

Comienza a realizar su obra, se dedica en silencio y muy concentrada en cada parte de éste.

Cuando se le pregunta si cree que la obra está terminada, se detiene a observar lo que ha hecho y comenta: “Acá quiero que vaya una manzana (señalando el centro superior del árbol) un fruto que le dará un punto importante al árbol.” (Ilustración N°13)



Ilustración 13

Luego de esta actividad, C se ausenta de varias sesiones, por lo que se solicita una reunión con la psicóloga del centro quien me informa que C tenía hora al nutricionista, al psiquiatra y que ha tenido diversos contratiempos. Llama la atención la poca comunicación del centro con las distintas estudiantes en práctica.

Si bien en esta reunión no estuvo presente C, sí sirvió para visualizar otras situaciones de gran importancia al momento de llevar a cabo la terapia. La relación profesional con el centro de práctica, la disposición a encontrar soluciones para continuar con el proceso de manera asequible y las relaciones con los puntos de apoyo.

La psicóloga considera que las sesiones que se han llevado a cabo con C ha sido un trabajo profundo y que el abordaje de estas temáticas (lo corporal) hace que responda con resistencias.

Me comenta que C tuvo una reacción menos esquiva en una sesión en particular dentro del taller corporal que ella dirige; menciona que utilizó la experiencia que vivió al momento de crear la obra “El cuerpo mágico” lo que les permitió abordar el tema corporal de manera menos resistente.

La tutora de C no puede asegurar que asista a las sesiones que quedan; se le plantea la posibilidad de realizar una reunión con la madre de C, lo cual rechaza comentando que no representarían un aporte significativo para el tratamiento de C. Frente a esto se le manifiesta la intención de configurar un cierre de manera adecuada tanto para C como para la terapeuta en la siguiente sesión a la que C asista.



Ilustración 14 “Mi árbol”

En la última sesión, C entra al taller y dice que estuvo muy enferma y que por eso no asistió a las sesiones, además de que tuvo que ayudar a su mamá en varias cosas como hacerse cargo de su sobrina pequeña, cocinar, etc.

Se muestra sorprendida al ver todas las fotos de sus obras sobre la mesa, esto le permitió tener una noción de todo lo que había hecho.

Decide hacer un collage con las fotos de las obras sobre el árbol.

Comenta que en una oportunidad, como parte de su tratamiento psiquiátrico, recibió terapia electroconvulsiva, y que por ende algunas

veces olvida las cosas. Finalmente, expresa su felicidad por tener todas las obras en fotografías y de tener la posibilidad de contemplarlas a menudo.

Se muestra muy conversadora al igual que las primeras dos sesiones. Habla mucho sobre su mamá, sobre las cosas en las que la ayuda. Me cuenta también sobre la mamá de su mamá: “ella no fue buena, la abandono con 11 años a ella y sus hermanos, eso no se hace”.

En esta última sesión también se registraron interrupciones por parte de la Terapeuta Ocupacional, quedando abierta la hipótesis de que, quizás esta profesional no valoraba lo suficiente el espacio terapéutico de C. Entra sin golpear y dice: “voy a hacer una pregunta...¿vay a querer almuerzo? (dirigiéndose a C)...jaja”. Sale riendo.



Ilustración 15 zoom obra "Mi árbol"

Una vez que termina su obra, C comenta: “Aquí puse mis manos junto con mi cuerpo, aprendí a explorar mi cuerpo, con todo, con mis dolores, no fue fácil. Acá todo lo que me gusta y agrada, aprendí a descubrir mi interior, mis cualidades positivas, sobre todo lo tolerante que soy. También puse la carta porque la hice para mí, para decirme y recordarme que me quiero”.

Le comento sobre la opción de llevarse su trabajo o dejarlo. Dice que quiere llevarlo porque así le sirve para recordar todas las cosas que hizo en el taller y las cosas que es capaz de hacer.

Se despide de manera efusiva, pidiendo disculpas por no haber ido a más sesiones. La calmo y le digo que su tiempo fue muy valioso y que espero le haya servido de mucho.



Ilustración 16 zoom obra "Mi árbol"

2.7.2 Análisis y Discusión

- La relación con C:

Si abordamos la temática que envuelve las fases del proceso terapéutico podemos ver que no existe un tiempo estimado para cada una de ellas. En el caso de C, se siente a gusto y en confianza de manera rápida, logra expresar verbal y artísticamente temas profundos y personales.

La relación con C se fortalece al momento de mostrarle que uno escucha los comentarios o preguntas que realiza.

Creo que el apoyo y la orientación de la supervisora de práctica ayudaron a reconsiderar cierto actuar que permitió reforzar el vínculo con C. Es el caso particular de la primera sesión donde C pregunta sobre el significado de la línea divisora en su dibujo, donde se

me recomienda permitirle a ella misma responder sus dudas e inquietudes, lo cual potencia también el empoderamiento y la autoestima.

En las sesiones posteriores se ven claros indicadores de cambio y crecimiento, donde es C quien decide que significa cada línea, si cruzarlas o no y de qué forma.

- La relación con el Centro:

Creo se debe considerar la importancia de una buena acogida en la institución y de la coordinación que realiza éste con la familia para apoyar el progreso y evolución en el desarrollo de la terapia artística. Las oportunidades de participar activamente de la interacción con el resto del equipo de trabajo y las ocasiones de comunicación entregadas por parte del Centro para lograr dicho progreso y apoyo fueron escasas y en el caso de la interacción con la familia nulas.

CONCLUSIONES

En primera instancia, es necesario considerar que C comenzó a asistir a las sesiones de Arte terapia de manera voluntaria pero sin un objetivo a tratar planteado por el Centro, por ende el proceso de construcción de objetivos es diferente a la de un usuario que viene de manera forzada. En este caso los objetivos se construyen de manera conjunta entre el terapeuta y el usuario. A partir de la tercera sesión se detecta en C la necesidad de reconocer y respetar su corporalidad; se observan comentarios donde deja en evidencia la preocupación por su físico: *“si me subo al caballo le dolería porque soy gordita”*.

Por esta razón el enfoque de las sesiones es principalmente terapéutico, concentrado en la relación y en el desarrollo de sí mismo, promoviendo la autoexpresión, reflexión y relación de lo interno con lo externo. Utilizando técnicas semi-directivas, entregando lineamientos básicos que se completan en conjunto con C y así permitir que tenga mayor libertad de decisión en cuanto al desarrollo de las actividades permitiendo el empoderamiento paulatino y por ende el fortalecimiento de su autoestima.

- Materiales utilizados

Se observa que a medida que avanzan las sesiones se ve enriquecida la capacidad creativa de C y aumenta la exploración de distintos materiales.

Como menciona López (2011) en su texto sobre *“Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arte terapéuticos”*, el uso de recursos plásticos invita a considerar sus dos dimensiones fundamentales, por un lado, el aspecto de la materia (colores, trazos, texturas, etc.) y su faceta psicológica (potencial comunicativo, expresivo, simbólico, etc).

En este caso particular, los materiales plásticos sirvieron como apoyo al medio verbal, ampliando la posibilidad de expresión y comunicación de C en momentos de bloqueos o de resistencias.

La elección de los materiales se fue realizando a medida que se avanzaba en las sesiones, considerando el uso de materiales desde los de mayor control a los de menor control y que permitieran una mayor conexión emocional.

En las primeras sesiones se utiliza el dibujo y el collage, las cuales constituyen una técnica no muy compleja y son materiales controlados, las consignas de trabajo son abiertas para disminuir la complejidad de la tarea y permitir la profundización del contenido y resultados con una mayor apertura emocional.

Posteriormente, se opta por los materiales de modelado, lo que permitió dar forma también al pensamiento futuro. En este caso, C pudo observarse a sí misma y sus conflictos a través de la realización de su figura presente y futura en plastilina.

También se trabajó con espejos de distintos tamaños, lo que le entregó a C y a la Arte terapeuta la oportunidad de conocer el grado de aceptación de la figura corporal y de sus partes, para posteriormente reflexionar sobre cómo favorecer la aceptación de la figura corporal. Esta técnica favoreció la introspección de su imagen para posteriormente expresarlo a través de los materiales artísticos. En este momento comprendí lo importante que es estar atento para contener al consultante, además de ayudar a desvelar todos los aspectos positivos que tiene y que le cuesta vislumbrar.

Se opta por utilizar la pintura en el momento en el que se busca despertar estados emocionales relacionados con el cuerpo, buscando un primer acercamiento de C con la aceptación corporal.

Además de los materiales plásticos, me di cuenta de la importancia de acompañar cada sesión con una fase inicial de imaginación o relajación relacionada con el cuerpo, tomar conciencia de cada parte y el fortalecimiento de su concepto en base a metáforas donde puede proyectarse en una imagen como la utilizada del árbol. Por otro lado también se consideró el trabajo en el exterior del Centro para fortalecer la autonomía, la exploración y potenciar el contacto con otros aspectos de la sociedad.

- En relación a los objetivos generales y específicos:

El trabajo con los materiales anteriormente descritos, permitió comprobar diferencias significativas relacionadas con un cambio de actitud en C, quien se muestra menos reprimida al conectar y expresar sus ideas y sentimientos.

Esta evolución resultó beneficiosa para C, ya que pudo expandir la visión personal de sí misma, potenció el proceso de reconocimiento de aspectos positivos y por ende el fortalecimiento de la autoestima a partir de la valoración de los méritos que conlleva el “crear”.

“La creación de una obra” permitió evidenciar el desarrollo de sus habilidades y competencias de manera empírica, lo cual incrementó su auto confianza y una gradual mejoría en la poca estima que C poseía de sí misma.

Cabe destacar, la gran capacidad de descubrimiento y acercamiento de C con sus conflictos personales luego de evidenciarlos en el trabajo artístico. Asimismo, resalta la capacidad de reflexión interna (insigth) y de observación en torno a los aspectos tanto positivos como negativos de ella.

Las actividades artísticas se centraron en la exploración y conexión corporal en base al rescate y fortalecimiento de las emociones positivas asociadas al cuerpo, lo cual logró una posterior aceptación y liberación en el esquema corporal que tenía C. Un claro ejemplo de este avance es el reconocimiento por parte de C que lo más potente y significativo que ella posee es el sentimiento del amor y que todas las partes de su cuerpo confluyen armónicamente hacia su “corazón”.

Si bien C pudo visualizar que empezar a amar las distintas partes de su cuerpo es el primer paso para respetarse, para respetar su tiempo, sus espacios, y comenzar a poner límites, lo cual constituía el tercer objetivo específico. No se alcanzó a realizar el trabajo terapéutico completo, debido a que la intervención total tenía un número de sesiones limitadas que no fueron suficientes.

Sería importante considerar dichas temáticas para continuar el proceso terapéutico a futuro.

Además es necesario destacar las instancias donde C demuestra sentirse más segura, autónoma y con una autoestima más elevada; momentos en donde se refiere a ella misma como una “artista” o las oportunidades donde comenta que ha aprendido a explorar y amar su cuerpo y a aceptar partes de éste que antes no quería.

Para dichos avances fue fundamental establecer una alianza terapéutica en base a las necesidades de C. La entrega de apoyo, respeto, empatía y escucha del arte terapeuta hacia C, todo esto configura un espacio seguro y de contención para facilitar la libre expresión del paciente y así disminuir la ansiedad y angustia.

Además, desde el rol de arte terapeuta fue fundamental el acompañar y estimular el pensamiento creativo de C y destacar la importancia de la obra en la conformación de la relación triangular.

- Manejo de los Límites desde el encuadre:

En los aspectos que afectaron a un mejor desarrollo y/o resultado de las sesiones destaca la irregularidad en las asistencias a estas por parte de C, (de un total de 16 sesiones se realizaron 11) presuntamente asociadas a la demanda de tiempo por parte de la madre, lo que conduce a un tema más amplio relacionado con los vínculos y los límites (como maneja la demanda del otro).

Distintos autores sugieren que las sesiones abarquen un tiempo mínimo de una hora, para brindar al usuario el tiempo necesario para elaborar las creaciones y luego asimilar la información que expresan en el contenido simbólico de éstas. Sin embargo en este caso en particular las sesiones fueron interrumpidas en distintas ocasiones (6 de 11 sesiones) por parte de la Terapeuta Ocupacional del centro con la que C participaba en otras actividades.

En un comienzo, se decide poner un letrero en la puerta del taller con el fin de indicar el desarrollo de la sesión y sus horarios para evitar las interrupciones, lo cual no surtió efecto. En segunda instancia se conversa con la profesional sobre la importancia de no interrumpir el proceso, pero no se observa mayor interés en el tema por su parte.

Me llama la atención que no se ayude a C a disminuir la presión que siente por cumplir con todas las actividades, sin entregarle la oportunidad de elegir, es claro que a C le genera conflicto no poder responder a los llamados de otros.

Si bien trato de aminorar la tensión cada vez que existe una interrupción en la sesión para no generar mayor ansiedad en C, creo que no fue suficiente para que ella comprendiera que deben respetar su espacio.

En resumen, fue posible visualizar las dificultades para establecer límites por parte de C con su madre y con la TO del centro. Esta dinámica reflejaría una forma poco sana de relación, ya que permite la invasión de su espacio personal, lo cual podría repercutir en el futuro en actitudes y respuestas poco asertivas en contextos laborales o de eventuales relaciones de pareja.

Esta situación permitió reflexionar respecto a la importancia del respeto por el espacio del otro y a concentrarnos en el tema de los límites. Si el desarrollo de la terapia hubiera contado con más sesiones realizadas se podría haber abordado la percepción de C sobre su capacidad para decir no y hacer respetar su posición frente a los otros. Este trabajo iría de la mano y aportaría al empoderamiento que se trabajó en las sesiones para el fortalecimiento de la autoestima.

- Relación con el centro

La relación con el Centro fue más bien pobre, hubo poca conexión y retroalimentación.

Las posibilidades de mantener contacto con el Centro por medio de la asistencia a las reuniones clínicas se vio coartado.

Al solicitar a la coordinadora y psicóloga del Centro, Javiera Gutierrez, participar de dichas reuniones de manera semanal, rechaza la idea señalando que podremos asistir, en nuestra calidad de estudiantes en práctica, sólo una vez al mes y durante 15 minutos.

Esto limitó las posibilidades de conocer avances o retrocesos en planos generales, además de restringir la incorporación de herramientas para enfrentar las necesidades que se fueron presentando en las sesiones. Dicho de otro modo: dificultó la concreción de un real trabajo interdisciplinario.

Frente a esta situación, se conversó el tema en las reuniones de supervisión y se llegó a la conclusión que lo principal era dirigirse a la coordinadora del Centro y abordar lo más importante relacionado con conocer las razones de las inasistencias de C a las sesiones y resolver recuperar dichas instancias o bien cancelarlas, además de plantearse como deseable un acercamiento a la madre de C. A dicha solicitud la coordinadora y tutora de C consideró innecesario recuperar aludiendo a que C era un caso “muy difícil”, al igual que el resto de su familia.

Como vimos en un inicio, es fundamental considerar el apoyo e intervención familiar, la cual se centra en el conocimiento, comunicación y participación activa por parte del grupo familiar en el proceso de rehabilitación, favoreciendo la adherencia al tratamiento.

Es necesario ser consciente de que el objetivo principal de cada intervención es la de acompañar al creador de forma no invasiva, sutil, sin prisas y desde una presencia activa, adecuada e intuitiva. En base a esto tuve que aprender a respetar las resistencias de C, su espacio personal y sus decisiones.

- Transferencia y contratransferencia:

Es normal verse expuesto a los efectos que despierta el paciente en uno, lo más importante es saber qué hacer con ello.

Creo que fue fundamental realizar paralelamente el trabajo de mi historia personal como paciente en psicoterapia. Esto me permitió exponer las problemáticas que pudieran interferir en la terapia artística con C. Por tanto, dicho proceso personal me posibilitó la escucha atenta de C como un sujeto único sin la interrupción de mi vida personal.

Por otro lado es primordial el apoyo de la supervisión para identificar y dar aviso de las situaciones en las que la sesión arteterapéutica pudiera despertar en mí un movimiento a nivel interno y que pudiera interferir en la terapia llevada a cabo con C.

Desde el punto de vista de transferencia, se pudo observar como C transfirió sus conflictos emocionales a la imagen, cargando de material inconsciente las obras que creó de manera consciente, proceso que Joy Schaeffer reconocía que podía ocurrir con la imagen al transformarse en un talismán (como chivo expiatorio) el cual recoge los sentimientos que el creador le transfiere.

- Aprendizajes:

La realización de la práctica me deja un gran aprendizaje en cuanto a la búsqueda de oportunidades y la capacidad de mantenerse abierto a posibilidades de cambio y de experimentación sobre la marcha. Dicha situación permite reducir las expectativas elevadas y acceder a un proceso de forma natural, siendo beneficioso para el aprendizaje, tanto para la terapeuta como para el creador.

Se transformó además en una oportunidad para reafirmar la motivación y así continuar la propia búsqueda en el área artística y su colaboración en la salud mental.

Esta experiencia me entregó las herramientas necesarias para sentirme más segura al practicar las terapias del arte. Me ayudó a reconocer mis debilidades y fortalezas y con ello considerar las dificultades y aciertos.

Otro aprendizaje sustancial fue el mantener el rol del arte terapeuta como acompañante por sobre la entrega de respuestas “correctas” a las preguntas realizadas por C, entregar el poder de búsqueda y conclusión a sus propias interrogantes.

A este respecto, Ojeda y Serrano (2008) comentan que sabremos si el proceso terapéutico ha sido significativo para nuestros pacientes si son capaces de sacar conclusiones responsables, maduras y posicionadas desde la acción, sobre sus propias vivencias y emociones.

Por otro lado, si bien me generó cierta frustración las ausencias de C a ciertas sesiones, entendí que desde el momento en que uno decide acompañar al usuario en su proceso creativo adquiere un compromiso donde la aceptación debe ser incondicional. Logré ser empática con su historia pasada y presente, lo cual me permitió mantenerme firme a la espera de su regreso. *La presencia a pesar de la ausencia*; es entregarle el valor y el respeto que C merece.

BIBLIOGRAFÍA



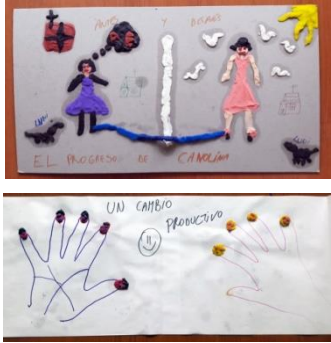

- Alcaide Spirito, C. (2006). “La identificación personal a través de la plástica, como forma de autoconocimiento”. *NUEVOS CAMINOS PARA LA MEJORA PERSONAL Y SOCIAL*. Junta de Andalucía y el Fondo Social Europeo.
- Alexander Lowen. (1984) “*La depresión y el cuerpo*” Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Badilla Espinoza, F. (2011). “*Arte terapia: una manera de fortalecer la autoestima*” (Monografía para optar a la especialización de terapias de arte mención Arte Terapia). Universidad de Chile Facultad de Artes Escuela de Postgrado, Chile.
- BOEREE G. Teorías de la personalidad, Carl Rogers. Recuperado de <http://www.ship.edu/~cgboeree/rogersesp.html> (consulta: 12 de Diciembre 2016)
- BRANDEN, Nathaniel, 1995, Los seis pilares de la autoestima, Barcelona: Paidós.
- Dieguez, M° del Río. (2006). “Creación artística y enfermedad mental”. (Memoria para optar al grado de doctor) UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. España
- Fiorini, H.J. (1995). Formaciones de Procesos terciarios una tópic del psiquismo creador. *El psiquismo creador (pp. 17-43)*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernando, M; Prieto, D., Ferrándiz, C; y SancheZ, C. Inteligencia y creatividad. Revista electrónica de investigación psicoeducativa. Diciembre 2005. Número 7, Volumen 3. Recuperado de http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/7/espanol/Art_7_101.pdf. Consulta (20 de Diciembre de 2016)
- Freud, S. (1923:1925). Neurosis y psicosis (1924 [1923]) en Amorrortu Editores, *Obras completas Sigmund Freud* volumen XIX. Buenos Aires: 1992.
- Goffman Erving. (2006). “*Estigma: la identidad deteriorada*”. Buenos Aires: Amorrortu.

- Huneus, Teresa (2005). Esquizofrenia. Buenos Aires: Mediterraneo.
- Kaswin-Bonnefond D. (2006). CARL GUSTAV JUNG. España: Madrid.
- Klein Jean-Pierre. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia - Papeles de arte terapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 1 (2006): 11-18
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psycho-Analysis*, 27: 99-110.
(Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. Revista Internacional de Psicoanálisis)
- López Martínez, D (2011). Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arte terapéuticos. *Arteterapia - Papeles de arte terapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 6 (2011): 183-191
- Malchiodi, C (2007). *The art therapy sourcebook*. Nueva York: MC Graw Hill.
- Necesidades de las personas con esquizofrenia/psicosis y sus cuidadores: Resultados finales de la encuesta a gran escala. “Proyecto voz”.
- Ojeda, M. y Serrano A. (2008): “Mujer y Arteterapia: Una visión sobre la violencia de género”. En *Revista Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, Vol.03:157-164.
- Paín, Sara y Jarreau, Gladys. (1995) Una psicoterapia por el arte. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.
- PINSKER, Henry. Introducción a la Psicoterapia de Apoyo. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. 2002
- Roiz Miguel, (S/F) *La familia, desde la teoría de la comunicación de Palo Alto*. Madrid: Universidad Complutense
- Rojas, Jeanette. (2002). El trabajo de creación: una creación que trabaja. Teorías implícitas elaboradas por creadores artísticos. *Actualidades en Psicología*, Vol. 18, Nº 105, pp. 68-79.

- Willick, M. (2001). Psychoanalysis and schizophrenia: A cautionary tale. *Aperturas psicoanalíticas. Revista internacional de psicoanálisis*, vol. 49, No.1 p. 27-56 . Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000182>
- WOOD, Chis. The history of art therapy and psychosis 1938 – 95. En: KILLICK, Katherine and SCHAVERIEN, Joy. *Art, Psychotherapy and psychosis*. Londres. Editorial Routledge. 1997. (pp. 144- 175)
- (<http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv5.html#1>, En línea, consulta: 28 de Noviembre 2016)

ANEXO

Cuadro resumen de sesiones

Sesión	Objetivos	Materiales	Actividad
<p>1</p> 	<p>- Conocer a C a partir de sus aprensiones, descontentos y motivaciones.</p> <p>-Construcción del vínculo/alianza terapéutica: Acompañar a C en el proceso creativo y conformar los cimientos donde C se sienta libre de compartir en confianza su proceso.</p>	<p>Papeles distintas texturas y tamaños, Lápices de palo, Lápices scripto, Lápices de cera duros, block de dibujo.</p>	<p>Consigna: Cuéntame de ti. Aproximación al Arte terapia, al manejo y experimentación con materiales plásticos.</p>
<p>2</p> 	<p>- Conocer a C a partir de sus aprensiones, descontentos y motivaciones.</p> <p>-Construcción del vínculo/alianza terapéutica: Acompañar a C en el proceso creativo y conformar los cimientos donde C se sienta libre de compartir en confianza su proceso.</p>	<p>Papeles distintas texturas y tamaños. Lápices de palo, scripto, de cera duros. Trozos de carton, papel acuarela, revista, lápiz grafito.</p>	<p>Collage Consigna: “¿Qué es lo que te gusta y lo que no te gusta?”</p>
<p>3</p> 	<p>Objetivo general: fortalecer la autoestima a través de la exploración y auto aceptación de esquema corporal y autoimagen.</p> <p>Objetivo específico: propiciar el proceso de auto aceptación a partir de la toma de conciencia de sus características personales positivas.</p> <p>Obj operativos: Actividades artísticas que potencien la exploración y conexión corporal. Realización de actividades artísticas que permitan conectar con sus emociones y vivencias que aparezcan en beneficio de una mejor calidad de vida.</p>	<p>Material de mediano control. Plasticinas de colores y soporte.</p>	<p>“Figura humana con plasticina”. Consigna: ¿Cómo me veo hoy y como quiero ser?</p>
<p>4</p> 	<p>Los mencionados anteriormente</p>	<p>Materiales de menor control. Soporte para pintar, hojas de block y paleógrafo, pinturas de diversos colores, pinceles de diversos grosores.</p>	<p>“Mi nombre, mis características positivas”.</p>

5		Los mencionados anteriormente	Materiales de menor control. Espejos de distintos tamaños, hojas de block y paleógrafo, pinturas de diversos colores, pinceles de diversos grosores.	“Observar mi cuerpo”. Consigna: Observar el cuerpo en distintas escalas, desde un espejo pequeño para observar detalles hasta uno donde observar su cuerpo por completo.
6		Los mencionados anteriormente	Materiales variados, telas, papeles, pintura, genero, lanas, etc. Soporte papel pliego bond.	“Regalarle al cuerpo”. Consigna: Dibujar el contorno del cuerpo y observarlo. Se invita a escoger una emoción o sensación para cada parte del cuerpo para posteriormente plasmarla con algún color, textura, etc.
7		Los mencionados anteriormente	Materiales variados, telas, papeles, pintura, genero, lanas. Soporte papel pliego bond.	“Carta para mí”, Consigna: Escribir una carta para ella misma, en donde C niña le cuente a C adulta cómo se siente, cuáles son sus deseos más profundos, sus sueños, etc. Además de entregarle buenos deseos y mucho amor, en sus palabras.
8		Los mencionados anteriormente	Materiales variados, telas, papeles, pintura, genero, lanas. Soporte papel pliego bond.	Continuar con actividad anterior y finalizarla.
9		Los mencionados anteriormente	Lápices de colores y hojas en blanco	“El árbol de la vida” Consigna: Recorrido de observación arbórea por la Plaza Ambrosio del Rio.
10		Los mencionados anteriormente	Materiales variados, papeles, pintura, soporte papel pliego bond, lápices de palo , lápices scripto, etc.	El árbol de la vida: Boceto del árbol que posteriormente se construirá. Se pone especial atención en los distintos elementos que quiere considera para constituir su árbol y sus características.
11		Los mencionados anteriormente	Boceto del árbol, imágenes de todos los trabajos realizados a lo largo del taller, papeles, tijeras, lápices.	El árbol de la vida: Construcción del árbol, se busca la interacción con el material y la configuración del correlato simbólico con la metáfora del árbol. Se trabaja sobre el boceto del árbol (sesión 10) con todas imágenes de las obras realizadas en el taller. Se pide que ponga en su árbol las cosas que aprendió de cada sesión, las que le llamaron la atención y las que no le gustaron.

