



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



**Arteterapia y Esquizofrenia: Uniendo fragmentos a través del arte.**

Monografía para optar al título de Especialista en Terapia de Arte.

Autora: María Paz Ercilla Nicolet

Licenciada en Artes, mención Artes Visuales, Universidad de Chile

Profesora guía: Mary Harrison

Magíster en Arteterapia, Vermont College of Norwich University

Santiago de Chile

Enero del 2015

Dedico este trabajo a Ramiro por mostrarme su alma y permitirme entrar en su mundo.

Agradezco a mis padres por su inmenso apoyo en todo momento, a mi madre por su ayuda con el inglés y el castellano, a mi padre por sus labores de taxista, cocinero, cuidador de niños, consejero, etc. A Andrea, por su cercanía y compañía, a Mary, por su paciente y dedicada guía, y a mi hija Melisa, por enseñarme a cuidar y amar.

# INDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Capítulo 1 Marco Teórico.....</b>	<b>9</b>
1.1 Percepciones, conciencia y construcción de la realidad.....	9
1.2 Realidad compartida .....	10
<b>Capítulo 2 Esquizofrenia.....</b>	<b>11</b>
2.1 Definiciones y prevalencia de la esquizofrenia.....	11
2.2 Breve historia de la esquizofrenia.....	12
2.3 Causas de la esquizofrenia.....	13
2.4 Teorías sobre el origen de la esquizofrenia.....	13
2.4.1 Falso-self y proceso de individuación de Carl Gustav Jung.....	13
2.4.2 El origen de la esquizofrenia para Jung.....	14
2.4.3 Teoría de la vulnerabilidad.....	15
2.5 Síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia.....	15
2.5.1 Alucinaciones y delirios.....	15
2.6 Tipos de esquizofrenia.....	18
2.6.1 Esquizofrenia paranoide.....	18
2.7 Necesidades de las personas diagnosticadas con esquizofrenia.....	19
2.8 Tratamiento de la esquizofrenia y estrategias comunitarias de intervención....	19
<b>Capítulo 3 Arteterapia.....</b>	<b>21</b>

<b>3.1</b>	Capacidad de simbolización.....	21
<b>3.2</b>	Definiciones y descripción de arteterapia.....	21
<b>3.3</b>	Orígenes del arteterapia.....	22
<b>3.4</b>	Beneficios del arteterapia en el trabajo con personas esquizofrénicas.....	25
<b>3.5</b>	Relación terapéutica y empatía.....	25
	<b>Capítulo 4 Descripción de la práctica.....</b>	<b>27</b>
<b>4.1</b>	Descripción del lugar de práctica: población, equipo y derivación.....	27
<b>4.2</b>	Antecedentes del caso.....	28
4.2.1	Resumen de anamnesis.....	28
4.2.2	Motivos de derivación.....	28
4.2.3	Genograma de Ramiro.....	29
<b>4.3</b>	Objetivos de intervención.....	30
4.3.1	Objetivo general.....	30
4.3.2	Objetivos específicos.....	31
<b>4.4</b>	Setting y encuadre.....	31
<b>4.5</b>	Técnicas y enfoques utilizados.....	32
<b>4.6</b>	Estudio de caso.....	33
4.6.1	Relato del proceso arteterapéutico de las sesiones más importantes.....	34
4.6.1.1	Sesiones grupales.....	34
4.6.1.2	Sesiones individuales.....	38
	Etapa inicial.....	38
	Etapa de desarrollo.....	51

Etapa de cierre.....	57
3.6.2 Análisis y discusión.....	63
<b>Capítulo 5 Conclusiones.....</b>	<b>68</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>70</b>

“...por razones puramente empíricas, tenemos derecho a tratar los contenidos de lo inconsciente como si fueran tan *reales* como las cosas del mundo externo, y eso aunque esas dos realidades se contradigan y parezcan ser de naturaleza totalmente distinta. Sería una inmodestia, que nada justifica, el querer anteponer una de esas dos realidades a la otra” (Jung, 1921)

### **Resumen:**

En el presente estudio de caso se analiza la práctica realizada por medio del arteterapia con una persona diagnosticada de esquizofrenia en un hospital psiquiátrico del área sur de Santiago. Esta práctica se enmarca dentro del programa del Postítulo en Arteterapia de la Universidad de Chile. Se definen aquí conceptos concernientes a la esquizofrenia y arteterapia. Asimismo, se relacionan los momentos significativos del proceso terapéutico con bibliografía referente a la esquizofrenia y arteterapia, todo esto con el objetivo de aportar al estudio de la intervención arteterapéutica en el ámbito de la salud mental durante el proceso de reinserción social de los usuarios.

Palabras clave: Esquizofrenia, arte terapia, realidad, percepción, empatía.

## **Introducción**

En la siguiente monografía se relata el proceso terapéutico llevado a cabo junto a un hombre de cuarentainueve años de edad, a quién llamaremos Ramiro. Él estaba diagnosticado con esquizofrenia del tipo paranoide. Al comenzar, Ramiro firmó un “consentimiento informado” donde aceptaba trabajar en sesiones de arteterapia en el centro de día al cual asistía.

El enfoque de este estudio de caso es la relación terapéutica, contexto donde el paciente dio a conocer su mundo a través de sus obras de arte. En el proceso de construir las imágenes él relató su vida, sus percepciones y su visión de las cosas.

Para el siguiente trabajo se toman algunas definiciones y conceptos de la psicología junguiana como soporte para comprender la psique humana y el proceso terapéutico.

Algunos cuestionamientos sobre la realidad y la percepción subjetiva del mundo surgieron en el trabajo con el paciente. ¿Por qué algunas personas mantienen ideas irracionales con respecto a las cosas, y las sostienen a pesar de haber claras pruebas en contra de aquellas? ¿Hasta dónde el delirio puede quebrar el contacto con la realidad? Y ¿puede el arteterapia contribuir para clarificar el confuso estado en el que vive una persona con psicosis?

En la búsqueda de respuesta para estas interrogantes, y con el objetivo de analizar las posibles aplicaciones del arteterapia en el campo de la salud mental, se intenta comprender cómo afecta la esquizofrenia en la manera en que la persona percibe el mundo, construye la realidad y se relaciona con los demás. También se indaga en cuáles son las principales necesidades de las personas diagnosticadas con esta enfermedad, cómo se manifiesta y qué propone el Ministerio de Salud para su tratamiento. Luego se intenta definir qué es arteterapia, de dónde proviene y qué beneficios puede aportar en el trabajo con personas esquizofrénicas.

La presente monografía trata sobre asuntos artísticos, psicológicos, psiquiátricos y estéticos, que surgen de la terapia con arte en el contexto de la salud mental.

Mediante la lectura, se puede apreciar cómo el arteterapia permite construir una relación de confianza y empatía, que otorga a la persona con trastorno mental severo la posibilidad de establecer un contacto humano significativo y reparador.

La práctica se desarrolló desde septiembre del año 2014 hasta marzo del 2015. El programa del Postítulo en Arteterapia incluye una práctica grupal en duplas de coterapia y además una práctica individual. Ramiro formó parte tanto de las sesiones grupales, realizadas junto a una compañera de práctica, como también de las sesiones individuales.

La población con la que se trabajó poseía diagnósticos como esquizofrenia, bipolaridad, depresión o trastorno esquizoafectivo. Asistían al hospital durante el día y regresaban a su casa alrededor de las tres o cuatro de la tarde. En el hospital eran acompañados por profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional y terapeutas de arte en práctica.

Fue en ese lugar donde conocí a Ramiro.

## **CAPÍTULO 1 Marco Teórico**

### **1.1 Percepciones, conciencia y construcción de la realidad**

Nuestro contacto con el mundo se basa en las percepciones que nuestros órganos de los sentidos captan desde el entorno. Éstas se integran en nuestro sistema nervioso otorgándonos información necesaria para comprender quiénes somos y dónde estamos, y para relacionarnos satisfactoriamente con los demás. Percibimos sensiblemente el medio ambiente, las aferencias (1) llevan a nuestro cerebro información acerca de la luz, de los sonidos, de los olores, de los sabores, de la temperatura de las cosas, de la posición de nuestras articulaciones, etc. Solo algunas de estas percepciones se hacen conscientes. De otra forma, tendríamos que darnos cuenta de miles de estímulos sensoriales a cada segundo. En la corteza del cerebro se va construyendo nuestra conciencia y la espacialidad del propio cuerpo, que son fundamentales para tener un sentido de identidad. “El consciente es para Jung la piedra angular de la arquitectura psíquica (...) hace la síntesis adaptativa entre mundo exterior y mundo interior” (Hoffmann en Jung, 1964, p. 176) La consciencia es quien “mantiene la relación de los contenidos psíquicos con el yo” (Jung, C, 1921, p.504) Jung entiende el “yo” como el centro de la consciencia, poseedor de una “elevada continuidad e identidad consigo mismo” (Jung, C, 1921, p. 564) El yo no comprende la totalidad de la psique, pues no abarca elementos inconscientes.

Confiamos plenamente en nuestros sentidos, sabemos que estamos viendo, oliendo y escuchando cosas “reales”. No dudamos de aquello. Todas estas percepciones nos brindan orientación, estructura y seguridad, y nos permiten construir internamente la realidad.

Intentar comprender qué es la realidad, y cómo se forma, ha sido la causa de muchas teorías a lo largo del tiempo. Jung planteó que “en modo alguno estamos en condiciones

---

(1) Aferencias: estímulos que viajan desde los órganos de los sentidos hacia el cerebro.

de decir alguna cosa válida sobre la esencia de las cosas reales, la cual trasciende nuestra capacidad psicológica” (Tipos Psicológicos, p. 207)

Las ideas que las personas tenemos sobre la realidad conforman nuestros pensamientos y representaciones. Nunca veremos el mundo de manera objetiva. Y tampoco lo veremos desde la mente de otra persona. A este respecto, Von Franz comenta “el moderno descubrimiento del inconsciente cierra una puerta para siempre. Excluye definitivamente la idea ilusoria, tan favorecida por algunas personas, de que el hombre puede conocer la realidad en sí misma” (El hombre y sus símbolos, p.228) Es por esto que varios pensadores han cuestionado la existencia de “la realidad” en sí misma (algo que nunca nadie ha visto) y han pensado más bien en “representaciones de la realidad”. Todas nuestras percepciones, sensaciones y pensamientos son vividos desde nuestra propia individualidad, marcados por nuestras experiencias, educación, cultura, personalidad, estados de ánimo, etc. Así es como nuestras circunstancias particulares determinan cómo percibimos la realidad.

## **1.2 Realidad compartida**

Toda afirmación, toda creencia y toda teoría del mundo dependen del punto de vista de la persona que las ha creado. Sin embargo, existe un consenso entre los miembros de una misma cultura acerca de lo que es la realidad, en base a percepciones compartidas. (Wadson, H. 1980) Sin este acuerdo no podríamos comunicarnos. Cuando las personas empiezan a crear un constructo de significados que no se condicen con los del resto, se aíslan de la comprensión del medio y sufren. Este distanciamiento deja a la persona encerrada en su propia subjetividad, impidiéndole generar relaciones efectivas y dificultando la comprensión de los códigos sociales. Puede ser producido por distintas causas, entre ellas, la esquizofrenia.

## **CAPÍTULO 2 Esquizofrenia**

Del griego *schizo* (“división”, “escisión”) y *phrenos* (“mente”).

La esquizofrenia es un trastorno caracterizado por “distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas” (CIE 10) Están comprometidas “las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma” (CIE 10)

Esta enfermedad produce un quiebre en el contacto con la realidad, y una dificultad en distinguir entre lo real y lo imaginario (juicio de realidad). La persona afectada puede exhibir cambios de conducta, trastornos formales de pensamiento, delirios, alucinaciones, confusión mental, sentimientos de depresión, de fracaso o de culpa, y dificultad en comprender o expresar sus emociones.

### **2.1 Definiciones y prevalencia de la esquizofrenia**

En la *Guía clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia*, el Ministerio de Salud define la esquizofrenia como “disturbio fundamental de la personalidad, distorsión del pensamiento, delirios bizarros, percepciones alteradas, respuestas emocionales inapropiadas y un grado de autismo”. (MINSAL, 2009, p.10) Varios síntomas perceptuales y afectivos pueden confluir en el diagnóstico de la esquizofrenia. Estos producen un “colapso de los constructos de significado común, que deja a la persona aislada en un mundo que tiene pocas similitudes con la mirada de los demás” (Wadeson, 1980, traducción propia)

La esquizofrenia provoca un grave deterioro en las habilidades motoras, el lenguaje, la cognición y en la relación con los demás. Esta baja en la participación social genera aislamiento y un sentimiento de profunda soledad e incomprensión. A la persona le cuesta responder a las expectativas de su grupo y se vuelve proclive a sufrir

discriminación. Puede sentir confusión, angustia, rabia, desolación, etc. Estos sentimientos dificultan aún más su integración al medio.

A medida que se interviene integralmente en etapas más tempranas, mejora el pronóstico de la enfermedad y la relación del individuo con su comunidad.

Los estudios epidemiológicos a nivel mundial han mostrado que las tasas de incidencia de la esquizofrenia son comparativamente bajas, aproximadamente 15,2 por 100.000 habitantes al año. (MINSAL, 2009)

En Chile, la prevalencia de la esquizofrenia es de 1,4 a 4,6 personas por cada mil habitantes, siendo la incidencia de 12 casos nuevos por cada cien mil habitantes por año. (MINSAL, 2009)

## **2.2 Breve historia de la esquizofrenia**

En 1893 Kraepelin llamó “demencia precoz” a un trastorno observado en personas que siendo muy jóvenes aún, mostraban signos de demencia. En 1911 Bleuler lo llamó “esquizofrenia”. Se ha dicho que la esquizofrenia floreció como consecuencia del desarrollo industrial, a fines del siglo XVIII. (Stone, M., 2006)

Los fármacos neurolépticos, que tratan los síntomas psicóticos, existen desde la década de los cincuenta (la primera fue la clorpromazina). Poco después se empezó a administrar el litio a personas con trastornos anímicos y esquizoafectivos. Entonces fue necesario determinar bien la diferencia entre trastornos primordialmente perceptuales y trastornos anímicos.

## **2.3 Causas de la esquizofrenia**

Existe teorías de diversa índole que intentan dar explicación al nacimiento de este síndrome o conjunto de síndromes, pero aún no se conoce con exactitud cuáles son sus causas. Al parecer es el resultado de una combinación de factores genéticos y ambientales. Según los estudios, las personas masculinas, urbanizadas o con historia familiar de migración tendrían mayor riesgo de desarrollar la enfermedad.

Algunas teorías sobre su origen son de origen genético, bioquímico, inmunológico, viral y neurofisiológico (Carlos E. Zoch Z., 1980) Otras son de origen psicológico. Aquí se explicará brevemente algunas teorías psicológicas, poniéndose énfasis en el enfoque junguiano del tema.

## **2.4 Teorías sobre el origen de la esquizofrenia**

### **2.4.1 Falso-self y proceso de individuación de Carl Gustav Jung**

En 1969, Ronald David Laing propuso como origen de la esquizofrenia el desarrollo de un sistema de “falso self “en respuesta a las exigencias de los padres. (Wadeson, 1980). Este falso-self sería el encargado de mediar entre el universo psíquico interno y la realidad externa. Laing concebía al ser humano como poseedor de un yo encarnado y uno no-encarnado. La persona psicótica estaría dividida entre cuerpo y mente, y exclusivamente identificada con la mente (la parte no-encarnada y divorciada de su cuerpo). El psicótico carecería de la útil percepción de continuidad personal, y de sometimiento a las satisfacciones-frustraciones corporales. (Balbuena, F. 2011) Esta teoría recuerda en algunos aspectos al “proceso de individuación” Jung, de quién Laing se vio fuertemente influenciado. Para Jung, el proceso de individuación es el “proceso de formación y particularización de seres individuales y, en especial, el desarrollo del individuo psicológico como ser distinto de lo general, distinto de la psicología colectiva”

(Jung, C.1921, p.535) La individuación aspira a integrar tanto las exigencias internas como las externas en la integración de la personalidad, generando así un individuo no dividido entre los impulsos que le son propios y las exigencias del mundo que le rodea. A través de este proceso, “el paciente llega a ser él mismo, es decir, realiza su individualidad más íntima, última y única en su género (...) es la meta de la existencia” (Hoffmann, L. 1964, p.172) Para la comprensión junguiana, el sí mismo es mucho más que el yo consciente, pues abarca también la psique inconsciente. En el proceso de individuación “el consciente y el inconsciente llegan a armonizarse por una especie de osmosis” (Hoffmann, L. 1964, p.172)

#### **2.4.2 El origen de la esquizofrenia para Jung**

Jung considera la esquizofrenia como producto de una disminución del umbral de la conciencia, provocada por el debilitamiento de la voluntad. Entiende por voluntad “la suma de energía psíquica de que puede disponer la conciencia” (1921, p.564) El debilitamiento de la voluntad se expresa en forma de un tren de pensamientos que no se lleva hasta su conclusión lógica, sino que es interrumpido por contenidos ajenos que no están suficientemente inhibidos (Abramovitch, Y., 2014) La conciencia llega a niveles tan bajos que se libera material arquetípico (2) que había sido reprimido por el ego.

Jung entendía la psicosis como un sueño sin dormir. Intentando explicar la crisis psicótica, propone el concepto de “metanoia” (cambio de mente), que se refiere a un proceso de transformación que persigue la autocuración de la psique a propósito de un conflicto insoportable. A través de esta transformación la psique se desestructura y se vuelve a organizar.

---

(2) Arquetipo: Forma simbólica que comienza a funcionar en todos aquellos sitios en que o aún no están presentes conceptos conscientes o esos conceptos no son posibles en absoluto por razones internas y externas (Tipos Psicológicos, Jung, C. 1921, p.448)

### **2.4.3 Teoría de la Vulnerabilidad**

La teoría de la vulnerabilidad de Zubin y Spring apareció en 1977. Pretende dar respuesta a la pregunta de por qué algunas personas enferman y otras no. Plantea que cuanto mayor sea la vulnerabilidad del sujeto, menos estrés se necesitará para que aparezca el trastorno. Considera la interacción de la predisposición genética con los factores personales de vulnerabilidad, factores protectores personales y ambientales, y estresores ambientales. Se proponen como factores predisponentes los orígenes genéticos, disfunciones bioquímicas (dopamina), déficits cognitivos y personalidad esquizoide. Las situaciones desencadenantes son: el consumo de tóxicos, abandono de la medicación (recaídas), alta emoción expresada en la familia, ambiente social muy exigente, acontecimientos vitales estresantes y problemas de sueño.

## **2.5 Síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia**

Se denominan síntomas positivos a los que guardan relación con un exceso o distorsión de las funciones normales, que se manifiestan en alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado y comportamiento desorganizado. Los síntomas negativos, por el contrario, se refieren a la disminución de funciones (apatía, expresión verbal pobre, dificultad para sentir placer y aplanamiento afectivo) (CIE 10)

### **2.5.1 Alucinaciones y delirios**

Las alucinaciones son trastornos de la percepción y los delirios son trastornos del pensamiento. Las percepciones que no vienen desde el entorno sino que se originan en la mente se llaman **alucinaciones**. En ellas la persona confunde contenido interno con contenido externo. Esto hace que se produzca una confusión acerca de lo que es y lo que no es real. Como comentan Gelder, M., Mayou, R. y Geddes, J., “una alucinación es una percepción sin estímulo externo del órgano sensitivo” (*Oxford Psiquiatría*, 2001, p. 8) y

para ser realmente una alucinación debe ser confundida por la persona con una percepción real, a la vez que parezca proveniente del exterior. Por alguna razón, las neuronas sensoriales se activan sin el impulso sensorial.

Si recordamos la aseveración de Jung con respecto al consciente como el responsable de hacer “la síntesis adaptativa entre mundo exterior y mundo interior” (pág. 8 de este estudio), podemos pensar en la posibilidad de que el debilitamiento de este consciente sea efectivamente el que provoque la confusión psicótica entre percepción y alucinación.

Existen varios tipos de alucinaciones, dependiendo del órgano de los sentidos que esté implicado: auditivas (pueden oírse voces, ruidos o música, en segunda o tercera persona, o un eco del pensamiento), visuales (pueden verse luces o imágenes), olfativas y gustativas (olores o sabores a menudo desagradables), táctiles (sensación de ser tocado, pinchado, estrangulado o tener insectos bajo la piel) y de sensaciones profundas (por ej. sentir que las vísceras están siendo empujadas) (Gelder *et al*, 2001)

En el **delirio** existe una “creencia firmemente sostenida pero con fundamentos inadecuados, que no se puede modificar con argumentos racionales ni con la demostración de lo contrario.” (Gelder *et al*, *Oxford Psiquiatría*, p.10) El delirio puede estar relacionado a distintos temas: delirio de persecución (pensar que alguien quiere hacerle daño), de referencia (creer que los mensajes de la televisión son para él), de grandeza (imaginar que tiene poderes o es de la realeza), de culpa (creer que hizo algo vergonzoso), nihilista (pensar que está a punto de morir o sufrir una crisis financiera), hipocondríaco (falsa creencia de enfermedad), celotípico (creer que otro le es infiel), erótico (creer ser amado por una figura lejana o pública), de control (creer que es controlado por algo externo), religioso (temer castigos divinos o creer tener poderes místicos), y delirio basado en la posesión de pensamiento (creer que tienen pensamientos implantados por otros, robados o conocidos por otras personas). (Gelder *et al*. 2001).

Como sugiere Michael Stone (2006. *Historia y antecedentes de la esquizofrenia* p.2)

“la distinción entre creencias extrañas pero muy extendidas e ideas delirantes no es siempre fácil de establecer; tales creencias pueden ser tan extravagantes que parecen disparatadas a aquellos que son ajenos al grupo o al culto en cuestión, pero bastante normales para quienes forman parte del mismo. Ello dificulta distinguir qué profetas del juicio final o de los «últimos días», como podemos encontrar en la Biblia o en algunos grupos religiosos de nuestros días, son auténticos alucinados y cuáles son, por otra parte, personas normales que abrigan una serie de ideas compartidas con más gente, aunque éstas puedan ser incorrectas”.

Se podría cuestionar la auténtica locura de alguien que alucina con ideas religiosas, argumentando que tal vez sea cierto que dicha persona reciba visitas de dios o de los ángeles, y que pueda tener una conexión especial con fuerzas poderosas o con maestros espirituales, que los demás mortales no poseemos o no hemos desarrollado.

Cuando alguien manifiesta un delirio místico, está en parte avalado por millones de personas que podrían estar delirando con la existencia de dios, o con un grupo menor de personas que efectivamente declara tener comunicación con fuerzas superiores y no es tratada como enferma. Así mismo, cuando el delirio es de emisión de pensamientos, y la persona piensa que sus ideas están siendo captadas telepáticamente, podría concordar con creencias esotéricas acerca del desarrollo de habilidades mentales expandidas.

La diferencia estriba en ser capaces de entender los códigos que rigen nuestro entorno. Aun cuando la persona estuviera dotada de capacidades especiales, o diferentes de sus semejantes (dilucidar esto es tan estéril como intentar dilucidar la existencia de

dios), lo esperable sería que comprendiera que los demás pueden tener otras creencias. Esto es importante para adaptarse al medio, y tiene que ver más con habilidades sociales que con creencias religiosas o esotéricas.

## **2.6 Tipos de esquizofrenia**

Dentro de este trastorno podemos distinguir cinco tipos: paranoide (delirios persecutorios), desorganizada (pensamiento y habla confusos, emociones planas o inapropiadas), catatónica (inmovilidad, posturas extrañas), indiferenciada (se incluyen síntomas de los tipos anteriores) y residual (se mantienen síntomas de la esquizofrenia pero en menor grado que al momento del diagnóstico). (Carter, R. *et al*, 2009)

### **2.6.1 Esquizofrenia paranoide**

La esquizofrenia paranoide es el tipo más común en el mundo. Su característica principal “consiste en la presencia de claras ideas delirantes o alucinaciones auditivas, en el contexto de una conservación relativa de la capacidad cognoscitiva y de la afectividad” (CIE10, p.292) Las ideas delirantes suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. Frecuentemente las alucinaciones están relacionadas con el contenido de la temática delirante. Estos individuos pueden estar más predispuestos al suicidio debido a los temas persecutorios (CIE10)

## **2.7 Necesidades de las personas diagnosticadas con esquizofrenia**

Es importante conocer cuáles son las necesidades de las personas con diagnóstico de esquizofrenia para pensar en un tratamiento apropiado. En el “*Estudio nórdico sobre pacientes esquizofrénicos que viven en la comunidad. Necesidades subjetivas y ayuda percibida*”, se detectaron veintidós áreas de necesidades satisfechas y no satisfechas según la propia opinión de la población afectada. “Las áreas de relaciones sociales e interpersonales particularmente tenían la proporción más alta de necesidades no satisfechas” (T. Middelboe, T. Mackeprang, L. Hansson *et al*, 2001, p.468)

## **2.8 Tratamiento de la esquizofrenia y estrategias comunitarias de intervención**

El Ministerio de Salud propone un tratamiento integral orientado a “disminuir la frecuencia, severidad y consecuencias de los episodios agudos así como maximizar el funcionamiento psicosocial entre los episodios.” (MINSAL, 2000) Este tratamiento debe incluir siempre los siguientes 4 componentes: evaluación integral, intervenciones psicosociales, farmacoterapia y servicios de apoyo (MINSAL, 2009)

Es conveniente que la persona no sea identificada exclusivamente con la enfermedad o con sus síntomas, sino reforzar su integridad y su vida más allá de los episodios.

Se aconsejan las intervenciones psicosociales en la fase aguda (para el paciente y su familia) y sobre todo “en la fase de recuperación de la enfermedad, orientadas a facilitar la relación entre el individuo afectado y su entorno natural” (MINSAL, 2009, p.52)

El Ministerio recomienda (con grado A, dentro de un gráfico de recomendaciones grado A, B y C): “Incorpore terapia de arte con cualquier modalidad en el tratamiento, tanto en la fase aguda como en la fase de recuperación, particularmente en caso de síntomas negativos marcados”. (MINSAL, 2009, p.52)

En este párrafo queda puesto en relieve el reconocimiento que el Ministerio de Salud concede a los aportes del arteterapia para trabajar con personas esquizofrénicas. Esto se basa en la revisión de siete estudios controlados randomizados publicados entre 1974 y 2007, cuyos resultados arrojaron evidencia significativa que avala la eficacia de la terapia de arte, comparada con cualquier otro control, para reducir los síntomas negativos de la enfermedad. Estos resultados se manifestaron de igual manera en pacientes hospitalizados y ambulatorios, e independientemente de la modalidad artística utilizada (música, movimiento o pintura) Además, los datos muestran mayor efectividad del arteterapia con respecto a otras terapias como la psicoanalítica, psicodinámica, psicoeducación, rehabilitación cognitiva, terapia de adherencia, etc.

Con respecto a la farmacoterapia, los anti-psicóticos actuales son muy efectivos para tratar los síntomas positivos de la enfermedad, pero se requiere de apoyo psicoterapéutico para que la persona pueda sobrellevar mejor los síntomas negativos.

Son importantes los programas de rehabilitación basados en estrategias comunitarias, que persiguen la plena integración de las personas con esquizofrenia. Estos programas buscan el apoyo de los familiares y comunidad como soporte social que complemente el tratamiento. De esta manera se obtiene un seguimiento más personalizado y eficaz del paciente, se potencia su satisfacción, se reducen los costos por hospitalización, se disminuye la tasa de muerte por suicidio y se previene su desvinculación social.

## **CAPÍTULO 3 Arteterapia**

### **3.1 Capacidad de simbolización**

Las raíces del arteterapia se remontan a la prehistoria, cuando nuestros antepasados remotos retrataban en las cavernas los animales que necesitaban cazar para alimentarse. Probablemente aquí se origina nuestra capacidad de simbolización (Wadeson, H. 1980) El animal pintado es una especie de “doble”, y su matanza simbólica asegura su muerte en la realidad. Esta “magia” se basa en la “realidad de un doble representado en la pintura” (Jung, C. 1964, p. 235)

Freud y Jung realizaron grandes aportes al estudio de la capacidad simbolizadora del ser humano. Freud desarrolló el concepto de “inconsciente”, investigando su aparición sobretodo en los sueños. Jung postuló el término “inconsciente colectivo”, una especie de fondo común de la psique humana desde donde emanan símbolos universales que aparecen representados en el arte y en los sueños de personas de distintas culturas.

### **3.2 Definiciones y descripción de arteterapia**

El arteterapia se basa en el conocimiento y práctica del arte a la vez que en el estudio y aplicación de teorías psicológicas. Se propone acompañar el proceso de búsqueda interna que realiza la persona a través de los medios artísticos.

El arte terapia, según lo define la Asociación Británica de Ate Terapia (BAAT), es una “forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos como forma primaria de expresión y comunicación” (traducción propia)

La Asociación Americana de Arteterapia (AATA) señala que esta disciplina utiliza el proceso creativo para incrementar el bienestar físico, mental y emocional de las personas. Se basa en la creencia de que en la expresión artística se pueden resolver conflictos y problemas, desarrollar habilidades interpersonales, manejar el

comportamiento, reducir el estrés, fortalecer la autoestima, mejorar la timidez y alcanzar un mayor conocimiento de uno mismo.

El Ministerio de Salud define arteterapia como “aquellas intervenciones complejas que combinan técnicas psicoterapéuticas con actividades dirigidas a promover la expresión creativa”. (MINSAL, 2009, p.36)

Alejandro Reisin explica, a propósito del arteterapia: “la pensamos como un dispositivo con objetivos enmarcados en la salud mental desde el desarrollo del potencial creativo y expresivo a través del arte, cuyas manifestaciones son facilitadoras e instrumentadoras de modalidades terapéuticas artístico-expresivas que otorgan significaciones nuevas y resemantizaciones al padecimiento psíquico” (Reisin, A. 2005, p.7)

Para Eva Marxen (2011), el arteterapia posee la ventaja de permitir a la persona “hablar” de su conflicto sin hacerlo directamente, respetando así sus defensas. Esto se llama “distanciamiento estético”. Marxen explica que la creación artística en un entorno seguro ayuda a restablecer la capacidad natural del individuo para relacionarse consigo mismo y el mundo que le rodea de mejor manera, posibilitando la contención, expresión, exploración y resolución de emociones conflictivas. En arteterapia siempre es más interesante el proceso creativo que el resultado final.

### **3.3 Orígenes del arteterapia**

El primero en utilizar el término arteterapia fue el artista Adrian Hill en 1942, mientras se recuperaba en un sanatorio. Él se refería a un proceso por el cual él y sus compañeros de hospital lograban un mayor bienestar emocional a través de la creación plástica.

Las creaciones de personas con trastornos mentales comenzaron a ser estudiadas y analizadas en el siglo XIX. Varios médicos coleccionaron las obras de sus pacientes:

Rush en 1800, Marie, Réja, Morgenthaler y Prinzhorn. En 1922, el psiquiatra Hans Prinzhorn publica “Creaciones de enfermos mentales. Una contribución a la psicología y a la psicopatología de la creación”, con registro de alrededor de 5000 obras de pacientes psiquiátricos. En esta obra se relacionan la medicina y el arte, con atención a la estética y referencias al surrealismo y al psicoanálisis.

”Según Prinzhorn, la creación artística les servía para expresar su experiencia de la enfermedad” (Marxen, 2011) A través de la creación, estos pacientes intentaban espontáneamente restablecer el orden simbólico dentro de la desorganización en que habitaban. Los médicos, por su parte, buscaban en estas obras ampliar su conocimiento acerca de los trastornos mentales.

Otro factor determinante en el desarrollo del arteterapia fue el surgimiento del Art Brut en el siglo XX. El artista y escritor francés Jean Dubuffet fue su mayor exponente. Él acuñó el término en 1945. Admiraba el trabajo pictórico de los residentes en instituciones psiquiátricas, presos, niños o personas que eran “vírgenes de los efectos devastadores tanto de la formación académica como de las convenciones sociales, y, por tanto, libres para crear obras verdaderamente expresivas” (Dempsey, A. 2002, p. 174) Dubuffet veía en este arte la innovación y ruptura con respecto a los cánones artísticos prevalecientes en la época. Su creación respondería a una realidad interior y no a las demandas de la crítica o el público.

La identificación del paciente mental con un artista marginado, antisocial y rupturista obedecía más al imaginario de personas mentalmente sanas que al interés real de estos pacientes por ser innovadores. Lo que ellos perseguían era el orden, no la ruptura. El proceso creativo era para ellos un suministro de alivio a los molestos síntomas que padecían, y no un intento por trasgredir normas sociales o artísticas. Pero Dubuffet no creía en la existencia de un arte psiquiátrico. No dividió el “arte de los enfermos mentales y el de los artistas sin formación o autodidactas, sino que aplaudía a ambos como la obra de cualquier otro artista, como prueba de la naturaleza democrática de la creatividad” (Dempsey, A. 2002, p.174)

Dubuffet afirmaba “La función artística es idéntica en todos los casos, y no hay un arte de la locura, como tampoco hay un arte de los dispépticos o de las personas con artrosis de rodilla” (Dempsey, A. 2002, p.174) Otras corrientes artísticas también se interesaron por una manera de crear más auténtica, no dogmática y ligada a lo inconsciente. Esto puede observarse en el dadaísmo, surrealismo, expresionismo, existencialismo, etc. Estas corrientes, influenciadas por las teorías psicoanalíticas y por el ánimo de postguerra en Europa, buscaban en el arte alivio y expresión para los sentimientos y pulsiones más profundas del hombre. En el arte comienzan a aparecer tendencias obsesivas, disociadas y fragmentadas. Se idealiza la figura del artista-héroe, antisocial, genial e impulsivo, que triunfa “sobre las convenciones culturales y las explicaciones racionales del arte” (Marxen, 2011)

Para Dubuffet el arte psicótico no debía nada al arte académico. Estaba emancipado de sus cánones y exigencias, de su moral. Esta libertad le era dada, paradójicamente, desde el encierro del psiquiátrico. (Sánchez, S. 2009) Es esta la misma libertad que busca el arteterapia. A través del proceso creativo, la persona puede reorganizar su pensamiento, reelaborar sus emociones, y liberarse de su padecimiento.

Una pionera del arteterapia fue Margaret Naumburg. En la década de los 40 ella alentaba a sus pacientes para que hicieran dibujos espontáneos y realizaran asociaciones libres en base a ellos. Edith Kramer, por su parte, trabajó extensamente con niños. Ella puso el énfasis en el proceso creativo más allá de la reflexión verbal (Wadeson, H. 1980) Ambas contribuyeron enormemente a la investigación y conocimiento de los beneficios y potencialidades del trabajo arteterapéutico.

### **3.4 Beneficios del arteterapia en el trabajo con personas esquizofrénicas**

El arteterapia es considerada en algunos países una profesión dentro de la salud mental, y está integrada en servicios públicos y privados, porque aporta muchos beneficios para ayudar al bienestar de las personas con trastornos mentales severos.

Permite establecer nuevas relaciones saludables, probar nuevos comportamientos, habilidades, desafíos, etc. Contribuye notoriamente a la inclusión social de las personas esquizofrénicas. Esto mejora su calidad de vida. La persona mejora su adherencia al tratamiento porque se compromete activamente con su rehabilitación. Esto es debido a que el rol de creador en arteterapia es activo y observador a la vez. No está recibiendo terapia, está haciendo su terapia.

El arteterapia impide la desvinculación social de la persona. También permite mantener sus habilidades motrices. De esta forma el sujeto mantiene un rol social valorado, y se minimiza su discapacidad y estigmatización.

Ofrece al consultante la posibilidad de procesar sus vivencias y reelaborar sus emociones en un ambiente de contención, respeto y creatividad. La creatividad, a su vez, le otorga la posibilidad de “crear” otras formas de resolver sus conflictos. Para atreverse a probar nuevas soluciones a su obra sin miedo, es fundamental que el vínculo terapéutico sea positivo y de confianza.

### **3.5 Relación terapéutica y empatía**

Las llamadas neuronas espejo (descubiertas por Rizzolatti en la década de los noventa), imitan inconscientemente las acciones del otro e indican lo que está sintiendo. (Carter, R., Aldridge, S. Page, S., Parker, S. 2009). Se piensa que son la base de la empatía. La empatía es muy importante en una relación terapéutica, porque posibilita el compartir hasta cierto punto la experiencia del consultante para poder ayudarlo y acompañarlo mejor. Para Lipps, la empatía es “la objetivación de mí mismo en un objeto distinto de mí” (Jung en Lipps 1921, pág. 345) Por otra parte, Wadeson comenta, a propósito de su trabajo con personas esquizofrénicas, que intentaba identificarse con el sentimiento que ellos expresaban, aunque no necesariamente entendía las razones de su comportamiento extraño, ni tampoco intentaba cambiarlo. Explica que “al acercarme

con aceptación, interés y empatía, incluso los pacientes más paranoicos lograban confiar en mí” (Wadeson, H. 1980, p.114, traducción propia).

Jung describe la empatía como “introyección del objeto” (Jung, C. 1921, p. 509) Introyección se define como lo opuesto a “proyección”. En lugar de transponer contenidos subjetivos al objeto, se incluye al “objeto en la esfera del interés subjetivo, mientras que proyección significa una transposición de contenidos subjetivos al objeto” (Jung, C. 1921, p.538) Para asimilar parte del contenido personal de un otro y hacerlo propio, tengo que echar mano a mi propia experiencia a la vez que sintonizo con él.

Trasladándome a la esfera de la creación artística, el propio acto de crear es una proyección de contenidos internos (sean estos conscientes o inconscientes). En el proceso de creación, el paciente proyecta su mundo en la obra. El terapeuta, por su parte, introyecta este contenido para comprender mejor al otro. Luego la obra se convierte en un lugar de proyecciones por parte de ambos, puesto que el terapeuta contribuye a dar sentido al contenido de esta. A través de la triple conversación entre terapeuta, paciente y obra, el consultante se enriquece de poder expresarse, de poder ser comprendido y de recibir retroalimentación.

## **CAPÍTULO 4 Descripción de la práctica**

Esta práctica fue realizada en el psiquiátrico de un hospital del área sur de Santiago de Chile, durante el segundo semestre del año 2014 y parte del verano del 2015, a través de 15 sesiones con un paciente que padecía de esquizofrenia paranoide, nombrado de aquí en adelante como “Ramiro”.

### **4.1 Descripción del lugar de práctica: población, equipo y derivación**

El hospital ofrece un ambiente protegido a pacientes del Servicio de Salud Metropolitano Sur que necesitan una rutina diaria de asistencia médica y psicosocial pero que viven en su entorno familiar. El equipo de psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermera, asistente social y secretaria que los asiste trabaja desde un enfoque de psiquiatría comunitario.

Las personas que se atienden allí padecen de psicosis. Muchos tienen diagnóstico de esquizofrenia. Otros tienen trastorno bipolar, depresiones muy severas o trastorno esquizoafectivo.

El propio equipo del centro de día aconsejó con qué pacientes se podrían realizar las sesiones de arteterapia. Ramiro estaba entre ellos. Él había ingresado hacía poco al centro, y participaba de las sesiones grupales de arteterapia que dirigíamos junto a mi compañera de práctica. Mostraba interés en trabajar con materiales de arte, le gustaba conversar y era bastante participativo. Se le preguntó si le gustaría tener sesiones individuales de arteterapia y se mostró interesado. Se acordó trabajar los días jueves después del taller grupal.

## **4.2 Antecedentes del caso**

### **4.2.1 Resumen de anamnesis**

Ramiro tenía 49 años, casi no poseía dientes, era de estatura mediana, pelo corto y tenía sobrepeso. Sus ojos eran oscuros y penetrantes. Vivía con dos hermanas, una sobrina, un hermano y una cuñada en su casa de infancia. Siempre había vivido ahí. Era el menor de la familia.

A los 17 años había tenido su primer episodio de psicosis. A los 19 años había visto a dios bajando a su habitación, sentado en un trono y con un báculo en la mano. El padre, a quién le habían diagnosticado un cáncer de estómago, se había suicidado cuando Ramiro tenía alrededor de 37 años. La madre había muerto un año más tarde de un paro cardíaco.

El tipo de delirio que presentaba era de contenido místico. Anteriormente había estado tres veces en el Hospital de Día. También había estado en El Peral, durante 8 meses, el año 2014. Tenía dos primos y una tía materna con esquizofrenia. Además de la esquizofrenia paranoide, tenía historia de policonsumo de sustancias (alcohol, marihuana y cocaína) Ramiro tenía primero medio cursado. Había trabajado como vendedor, vigilante, carpintero y limpiador de pisos.

Con respecto a la farmacoterapia, Ramiro tomaba Olanzapina de 10 mg (1-0-2) y Risperidona de 3 mg (1-0-1). Fue admitido en el hospital de día el 12 de septiembre del 2014 y dado de alta el 11 de noviembre del mismo año.

### **4.2.2 Motivos de derivación**

Ramiro había sido derivado desde el Cesam de su comuna al Hospital de Día, con el objetivo de conseguir una mayor adherencia al tratamiento, una mayor conciencia de su enfermedad, el cumplimiento de la farmacoterapia y psicoeducación, un mejor manejo de conflictos sociales, la exploración de habilidades, el establecimiento de una rutina,

intentar optar a un proyecto laboral, prevenir recaídas de consumo y la integración a grupos sociales. Para apoyar su rehabilitación se le sugirió sesiones de arteterapia.

### 4.2.3 Genograma de Ramiro

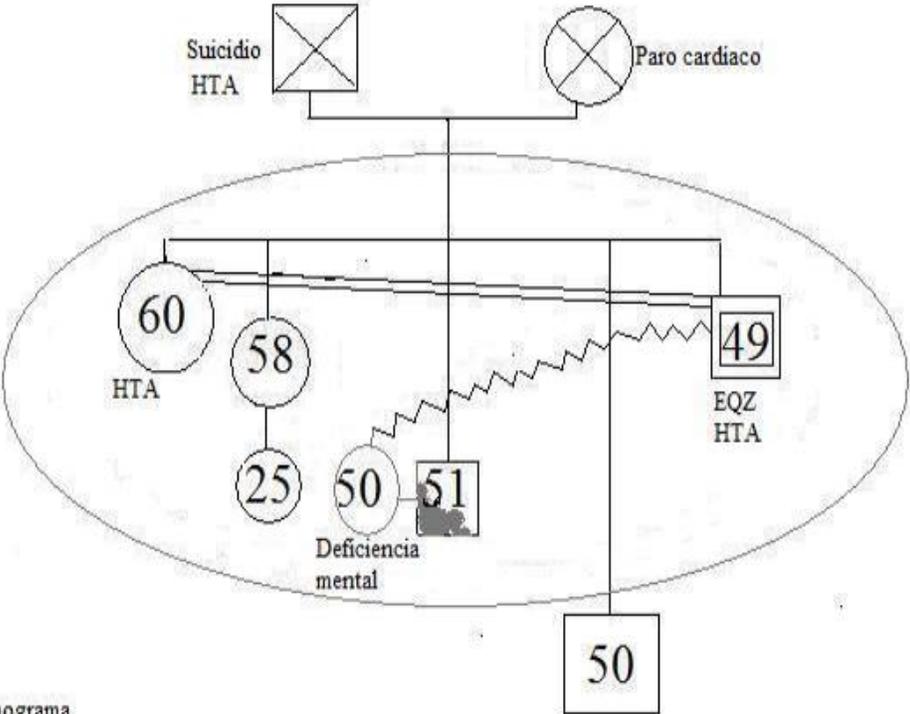
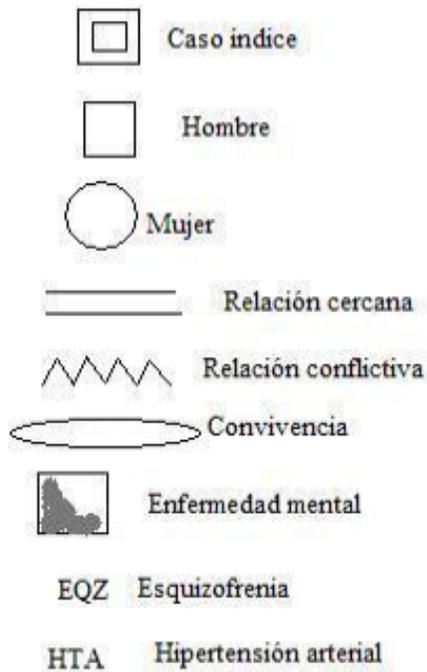


Fig 1, Genograma



### 4.3 Objetivos de intervención

Tomando en consideración los motivos de derivación de Ramiro y luego de establecer contacto con él, se elaboraron los siguientes objetivos para el trabajo con arteterapia.

#### 4.3.1 Objetivo general

Ofrecer un espacio seguro y tranquilo que posibilite el desarrollo de un vínculo basado en la confianza, donde la persona pueda expresar emociones, elaborar experiencias y reflexionar a través de la creación plástica.

### **4.3.2 Objetivos específicos**

- Desplegar herramientas para sobrellevar mejor la enfermedad
- Mejorar la autoestima
- Desarrollar habilidades sociales y personales que le permitan una mejor relación consigo mismo y con el medio
- Identificar y expresar ideas, emociones, pensamientos, experiencias, miedos, deseos, esperanzas y recuerdos significativos
- Disfrutar de un espacio de juego y creatividad que le permita probar nuevas maneras de ser y hacer

### **4.4 Setting y encuadre**

El espacio donde trabajamos fue una sala grande con luz natural, repisas con materiales, mesas largas y sillas. Este espacio también era utilizado para los talleres grupales con la terapeuta ocupacional y con el psicólogo. Hubo sesiones donde la sala estuvo ocupada y tuvimos que recurrir a un pequeño box donde sólo había un escritorio y dos sillas. Ahora pienso que en esos momentos debí haberlo llevado al patio para trabajar más libremente y sin miedo a ensuciar. En un comienzo, fijamos el horario para los días jueves a las 3.30, pero luego empezamos a reunirnos los martes y jueves a las 12 del día. Esto, porque se acababa el tiempo del que yo disponía para realizar las sesiones y tuvimos que agregar otra sesión semanal.

Para iniciar el trabajo, le preguntaba a Ramiro cómo había estado y qué había hecho durante la semana. Luego, él escogía los materiales con que iba a trabajar y, finalmente, terminábamos la hora con otra conversación en base a su trabajo y a sus reflexiones.

#### **4.5 Técnicas y enfoques utilizados**

El enfoque que utilicé fue una búsqueda desde la empatía, el respeto y las ganas de entrar en el universo del paciente para comprender qué le ocurría. Durante el proceso fue relevante para mí la lectura de la autora Harriet Wadeson, a raíz de su visión del trabajo con personas esquizofrénicas. Mi manera de abordar el arteterapia incluyó aspectos de una terapia humanista, psicoanalítica y junguiana. No consideré apropiado establecer una sola mirada debido al carácter investigativo del estudio.

Durante las sesiones intenté propiciar una relación más bien horizontal. A la vez, intentaba dar sentido y memorizar lo que ocurría en el momento. Cuando revisaba el material a solas, buscaba interpretar algunos símbolos que aparecían en el trabajo y en el relato de Ramiro, para poder unir los fragmentos de emociones, visiones y pensamientos que él compartía conmigo. Pienso que no es correcto dar estas interpretaciones al paciente, sino intentar que él busque las suyas propias. Por esta razón, mis ideas acerca de su trabajo las reservaba para mi propio análisis solamente.

Siempre ofrecía los materiales a Ramiro para que él decidiera con cuáles iba a experimentar. En determinados momentos escondí o resalté algún material a ver si de esta manera lograba que Ramiro desarrollara nuevas maneras de resolver sus imágenes. En el transcurso de las sesiones él modeló con plasticina, dibujó con lápices y marcadores, pintó con témperas, y realizó muchos escritos y collages. A veces le preguntaba si le gustaría probar materiales distintos a los que había. Otras veces él comentaba con qué le interesaría trabajar en la siguiente sesión. Cuando lo veía estancado, yo intentaba mostrarle nuevas posibilidades con los materiales. Alguna vez recurrí a juegos gráficos para relajar el ambiente y activar el proceso creativo.

Intenté siempre seguir la conversación en base a los temas que él proponía. No hacía juicios sobre sus acciones, no le decía lo que debería hacer o no hacer. Puse mucho esfuerzo en empatizar con sus emociones y sensaciones, y en establecer una relación lo menos jerárquica posible.

De esta manera construimos un vínculo de mucha confianza donde era posible conversar, crear y reflexionar. En todo caso, y en mi esfuerzo por no hacerlo sentir inferior, pienso que hubo límites que no dejé claros. Si ahora tuviera que relacionarme con él, intentaría separar mejor la relación terapéutica de la amistad, y no respondería preguntas relacionadas a mi vida personal.

#### **4.6 Estudio de Caso**

La manera como se generó el vínculo con Ramiro fue particular. Él ingresó a los talleres grupales de arteterapia que yo hacía con mi compañera de práctica en el hospital. Dentro del grupo existía una relación de bastante confianza, como también entre el grupo y nosotras, mi compañera y yo. Lograr esta relación significó un gran esfuerzo.

Al comenzar el trabajo con el grupo yo había tenido mucha ansiedad. Me cuestionaba acerca de cuál era mi función en ese lugar, por momentos perdía el sentido del trabajo y tenía dudas acerca de la utilidad de nuestra intervención. Con el correr de las sesiones me fui dando cuenta de la importancia que tenía para ellos sobre todo el sentirse acompañados. Pude ver también cómo utilizaban el taller para conversar acerca de temas que para ellos eran comunes y muy relevantes: la sensación de estar socialmente excluidos, la soledad, la dignidad, etc. Por otra parte, en la relación con los demás surgía la necesidad de regularse mejor, de tener respeto y escucharse. También podían pertenecer a un ambiente donde no eran juzgados, puesto que compartían con otras personas que, en mayor o menor medida, tenían conflictos similares.

Muchos de los relatos suyos acerca de sensaciones de ansiedad por pertenecer a un grupo, de sentirse rechazados, incomprendidos o no valorados, revivían en mí recuerdos y emociones acerca de mis propias experiencias. Esto me permitió encontrar cada vez más sentido a la intervención.

A poco tiempo del ingreso de Ramiro, uno de los usuarios de nuestro taller falleció en un accidente mientras salía del hospital. Esto había generado gran conmoción entre los demás participantes y en el equipo de terapeutas del centro. A mí y a mi compañera de práctica se nos había requerido acompañar y contener desde el arte las emociones que este suceso pudiera generar en ellos. En la sesión siguiente a la muerte de este usuario, Ramiro pidió un minuto de silencio por su ex compañero. A la salida me acerqué a Ramiro y lo invité a participar de sesiones individuales de arteterapia. La semana siguiente comenzamos. Durante cinco semanas él participó del grupo a la vez que de la terapia individual. Luego fue dado de alta y prosiguió solo con las sesiones individuales.

#### **4.6.1 Relato del proceso arteterapéutico de las sesiones más importantes**

Para organizar el relato del proceso lo dividiré en: sesiones grupales e individuales. En las sesiones individuales hay una etapa inicial, de desarrollo y de cierre.

##### **4.6.1.1 Sesiones grupales**



Fig. 2

En las sesiones grupales en que participó Ramiro antes de iniciar la terapia individual conmigo, él realizó algunos paisajes con témpera y lápices (Figs. 2, 3 y 4)



Fig. 3



Fig. 4

Sus dibujos representaban recurrentemente imágenes de paisajes. Dijo que eran relatos de sus viajes en tren al campo, donde visitaba familiares en compañía de sus padres y hermanos. Contó también que el campo le recordaba a su padre. Para Jung, “los paisajes en los sueños (como en el arte) frecuentemente simbolizan un estado de ánimo inexpresable” (1964, p.211) Esto podría deberse a la sensación que tenía Ramiro por estar participando de las sesiones del grupo arteterapéutico. También puede haber un estado de ánimo particular en la visión de dos realidades paralelas. A raíz de varios relatos y dibujos de Ramiro, yo tenía la sensación de poder acceder al encuentro de su mente consciente e inconsciente. Era como si Ramiro habitara este mundo y otro a la vez. Y en esta unión de dos mundos convivían sus familiares, terapeutas y amigos, con dios y con los ángeles. En este espacio intermedio, él podía funcionar entre nosotros mientras recibía mensajes desde el cielo. A veces tenía sensaciones corporales particulares, definidas por él como energía eléctrica que lo recorría por dentro.

En el diccionario de símbolos de Chevalier aparece el valle como” lugar donde se unen el alma humana y la gracia de dios, para dar revelaciones y los éxtasis místicos”. En el imaginario de Ramiro veremos continuamente esta dualidad entre lo humano y lo divino.

En la figura 3 se observa un paisaje donde las montañas, en lugar de situarse sobre el valle como en el resto de los paisajes de Ramiro, se sitúan sobre una especie de cielo donde se halla un sol hundido. La imagen superpuesta del cielo sobre el valle sugiere para mí esta coexistencia del mundo espiritual y el terrenal. También podría estar mostrando una dificultad para dar coherencia a la imagen. Las imágenes se superponen de esta manera así como las palabras, según veremos más adelante en sus escritos.

En el diccionario de símbolos aparece el significado de montaña como trascendencia y como encuentro del cielo y la tierra. A lo largo del proceso creativo de Ramiro, las montañas, valles y soles son recurrentes. También aparecerán con frecuencia los relatos acerca de experiencias místicas, de mensajes recibidos desde el cielo, y experiencias sensoriales relacionadas a dios y a los ángeles.

La montaña es definida por Cirlot (p.317) como “meditación, elevación espiritual y comunión de los santos”. Los temas bíblicos interesaban mucho a Ramiro, tal vez le permitían en parte armonizar estas dos realidades.

La repetición de los cultivos de remolacha, como él los denominó, (fig.4) nos devuelve una imagen que pareciera ser obsesiva y terapéutica a la vez. Obsesiva por la eterna repetición del mismo gesto, y terapéutica por la descarga que posiblemente esta imagen permitía. Tal vez el gesto repetitivo aportaba una especie de contención a través del ritmo.

El sol fue transitando por diferentes zonas del cielo a lo largo de sus paisajes. Al situarse al centro de la hoja, por debajo de las montañas, (fig.3) pensé en la dificultad de organización de Ramiro. Luego se me apareció como el sí-mismo sumergido. El sí-mismo representa la unidad de la personalidad global y a la vez, la unión de opuestos: la consciencia y lo inconsciente.

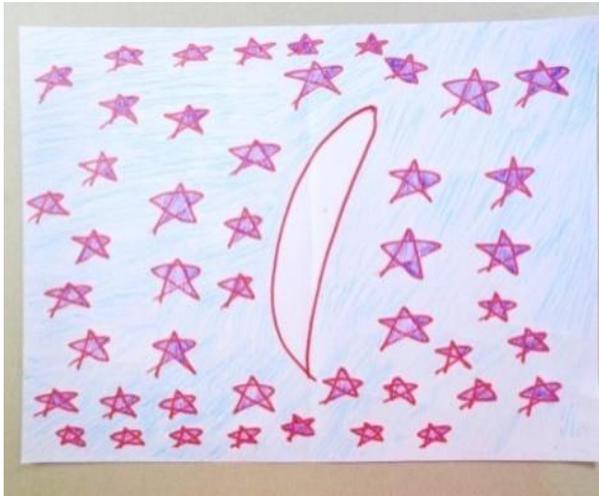


Fig. 5

Cuando Ramiro dibujó el firmamento lleno de estrellas (fig. 5), yo tuve la ocurrencia de decirle que antes él había dibujado paisajes y, ahora, se había elevado al cielo. Luego, se quedó pensando largo rato, mientras los demás compañeros pintaban, dibujaban y recortaban.

Él le comentó a mi compañera de práctica que yo le había permitido notar que estaba elevándose al cielo. Cuando ella me lo dijo, me di cuenta de que Ramiro había entendido mi comentario de forma literal, y constaté el tremendo cuidado que tenemos que poner en nuestro lenguaje para no interpretar ni confundir a las personas, sobre todo cuando tienen síntomas psicóticos.

En las sesiones grupales Ramiro comentó sobre su paisaje con cerros, y dijo que estos nos protegen de desastres naturales. Comunicó que para él, el sol es dios. Días después, en nuestra sesión individual, él me contaría sobre sus visiones de dios y de cómo este había bajado a su pieza sentado en un trono y nadie le creía.

En el diccionario de símbolos de Chevalier aparece el valle como "lugar donde se unen el alma humana y la gracia de dios, para dar revelaciones y los éxtasis místicos". En el imaginario de Ramiro veremos continuamente esta dualidad entre lo humano y lo divino.

#### **4.6.1.2 Sesiones individuales**

##### **Etapas inicial**

En nuestra primera sesión individual, Ramiro me dijo: “Ya, estoy listo para que me interrogue”. El tono persecutorio de esta afirmación podría explicarse desde su patología: esquizofrenia paranoide. En ese momento le expliqué que el trabajo que realizaríamos sería parecido al de las sesiones grupales, pero de manera individual.

En esta sesión me contó que en el apocalipsis está escrito que todas las estrellas caerán a la tierra y las montañas se hundirán. La imagen de la figura 5 recuerda este relato. También expresó su desilusión porque pensaba que nunca iba a venir dios, así como no vino en el año 2000. Me contó que dios vino a visitarlo cuando tenía 19 años pero nadie le cree: aquel día venía de andar en bicicleta. Entró a su casa y saludó a su madre. Se hizo un café y fue a su pieza. Mientras yacía recostado en su cama, las tablas del techo comenzaron a moverse y a separarse. Un intenso ruido se escuchaba mientras un trono descendía desde el techo sobre su pieza. Era dios que bajaba sentado con un báculo en la mano.

Según me contó, dios tiene unos ojos maravillosos. “Los ojos de dios se parecen a los suyos”, expresó. Pensé que quizás me estaba relacionando a mí con sus delirios divinos, o me estaba introduciendo en el universo de sus alucinaciones. También pensé que podía haber creído que venía a interrogarlo por ser el que recibía los mensajes de dios. Pienso ahora, más bien, que su fe en dios lo aliviaba de su sensación de soledad e incomprensión. Y mi presencia empezaba a ser, a su vez, la de alguien que podría ayudarlo a lidiar con aquellas emociones.

Dijo que dios sabe que sufre, que lo hieren y que no lo entienden. Luego explicó que en su casa le dicen palabrotas y garabatos. Ese día, también me contó acerca de uno de los sucesos más importantes de su vida, cuyo relato aparecería recurrentemente en nuestras sesiones posteriores: Su padre había sido diagnosticado con un cáncer de estómago cuando Ramiro tenía alrededor de 30 años. Producto de esto, el padre se

habría suicidado lanzándose al río. Durante dos semanas la familia lo habría buscado sin tener rastro de él. Un día en que tomaban once reunidos en la mesa, sonó el teléfono. Ramiro contestó y supo la noticia. En ese momento le dieron el pésame. La hermana tomó el teléfono después, y al oír sobre el paradero de su padre, lanzó un grito.

La representación del padre sumergido en el río también podría estar relacionada con el sol de la figura número 3.

En el collage realizado en la primera sesión individual con Ramiro (fig. 6), aparecen varias imágenes de personas sumergidas en el agua, así como montañas y valles.



Fig. 6 collage “La naturaleza”

Ramiro yuxtapuso las imágenes recortadas una junto a la otra sin preocuparse demasiado por la composición de la obra. Tampoco intentó recortar las figuras del

fondo. La única imagen que aparece recortada venía así entre las revistas. Ramiro escogió la imagen de un hombre al que le faltaba una pierna, y lo situó junto a un mono que posee un rostro bastante expresivo. Pienso que esta elección fue inconsciente. Pero ahora me parece que el agua, el hombre incompleto y el rostro del mono podrían estar relacionados al fallecimiento del padre. También creo que poder expresar en imágenes los paisajes internos, las emociones y sensaciones que no se pueden describir con palabras, libera en parte a la persona de aquella pesada carga.

A la siguiente sesión, Ramiro modeló una taza, un jarrón, un cenicero y una pelota de plasticina (fig. 7, 8, 9 y 10) Comentó que el tazón lo hizo porque adentro el agua va libre. La libertad es lo contrario para él a estar deprimido. El psicólogo del hospital opinaba que Ramiro no estaba deprimido, sino que así se manifestaban los síntomas negativos de la enfermedad. Pero Ramiro hablaba de tristeza. Decía que estaba triste porque estaba solo. Por otra parte, explicaba que nadie está solo porque existe dios.

Retomó el relato sobre la muerte del padre, agregando más detalles y explicando que desde aquel suceso se le seca la boca permanentemente (los remedios también le provocaban esta sequedad). Comentó que todos somos 100% agua. También me contó sobre su historia de consumo, y que estaba arrepentido de haber sido consumidor de cocaína y marihuana.



Fig. 7 "Taza"



Fig. 8 "Jarrón para plantas"



Fig. 9 “Cenicero”



Fig. 10 “Pelota”

En cuanto al modelado, Ramiro se veía bastante absorbido por el trabajo con la plasticina. Trabajaba en silencio, rápida y decididamente. No dudaba en cuanto a la elección del color o la forma. De hecho, al modelar la pelota iba utilizando los colores en el orden en que venían en el paquete y no por criterios estéticos. Al parecer, el color no era relevante para él, pero la forma sí.

Tanto la taza como el jarrón para las plantas eran del mismo tamaño y bastante similares en su forma. No le importaba que proporcionalmente una taza deba ser más pequeña que un jarrón para las plantas. A mí me parece que la jarra y la taza, más allá de cómo son, le interesaban por su función de contener el agua. De hecho, tres semanas más adelante, Ramiro volvería a modelar la imagen del jarrón explicando que el agua es libertad, y que es mejor estar libres que presos. Otra vez me hizo pensar en su padre, que buscó liberarse de la angustia de su enfermedad lanzándose al río.

En la tercera sesión se repitió la manera de construir la imagen utilizada por Ramiro en la primera sesión (Fig. 11) Las fotos fueron recortadas sin separar figura de fondo. Nuevamente había varias imágenes de agua, montañas y cielo.

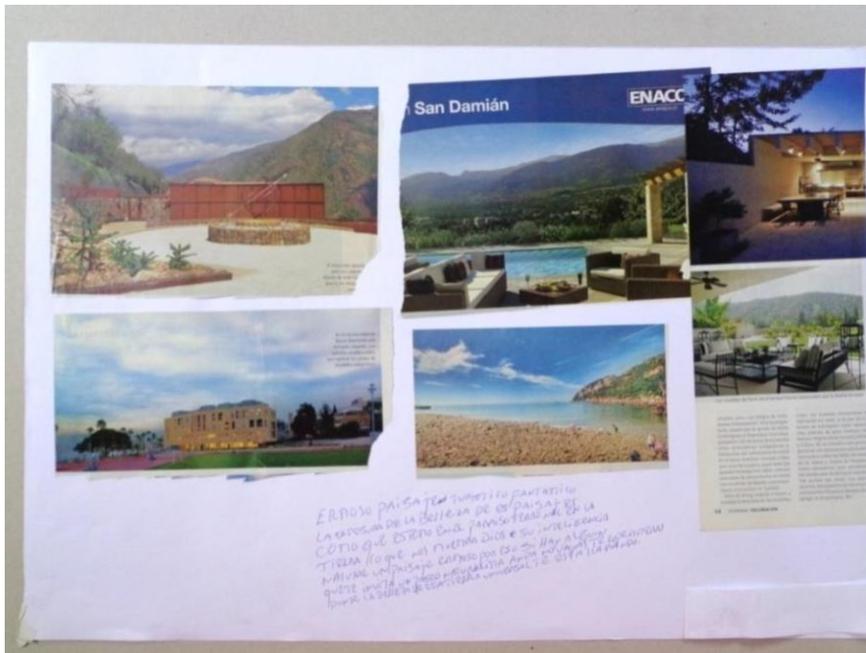


Fig. 11

Abajo, el texto decía: “ERMOSO PAISAJE TURISTICO FANTASTICO LA ERMOSURA DE LA BELLEZA DE ES PAISAJ ES COMO QUE ESTEMO EN EL

PARAISO TERRENAL EN LA TIERRA LO QUE NOS MUESTRA DIOS SU INTELIGENCIA NATURAL UN PAISAJE ERMOSO POR ESO SI HAY ALGUIEN QUE TE INVITA UN PASEO NATURALISTA ANDA NO VAYAS TE LO PERDERAS DONDE LA BELLEZA DE ESTA TIERRA UNIVERSAL TE ESTA LLAMANDO”

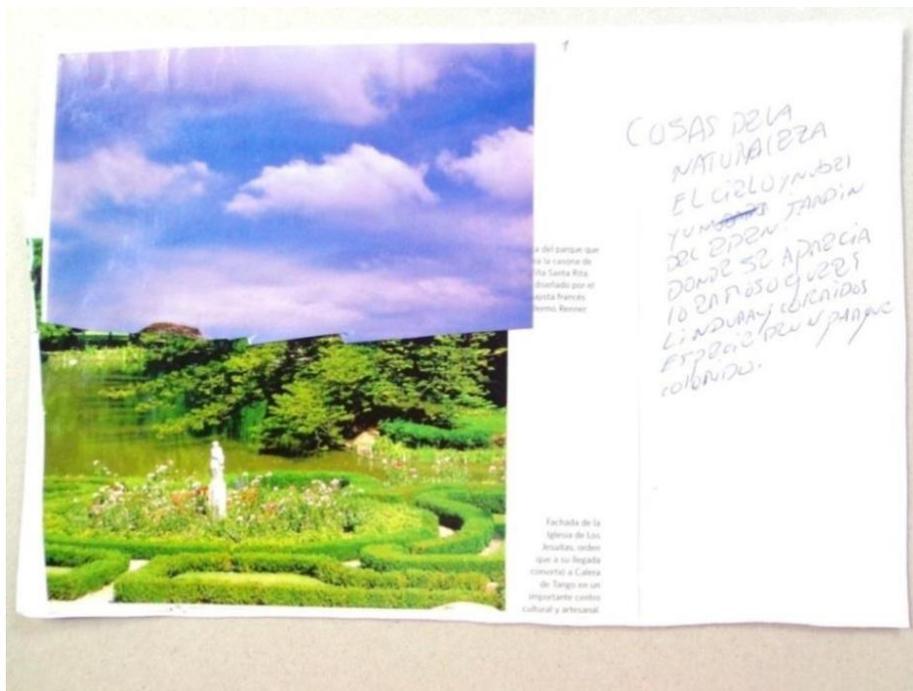
Se podría decir que en su manera de escribir tampoco había un intento de separar letras de espacios. Las frases se superponen unas con otras y el texto, por momentos, parece ser un consejo que él brinda a la humanidad, pero que no logra organizar adecuadamente.

Pienso que la manera de componer la imagen y de escribir da cuenta de la forma en que la persona organiza, selecciona, relaciona, ordena, separa, agrupa y da coherencia a su creación. En el caso de Ramiro se puede identificar un lenguaje un poco descarrilado y un pensamiento más bien concreto, donde la abstracción no tiene cabida. Le gustaban los paisajes y consideraba que la naturaleza es legado de dios, por cuanto debemos cuidarla y disfrutar de ella. Seleccionaba y agrupaba paisajes que le parecían hermosos y

esto posiblemente le permitía considerar que su collage era hermoso. Hasta aquí todo lo que recortaba o dibujaba era exactamente eso mismo. No había intentos de simbolización.

Algo en mí comenzaba a aburrirse con sus collages. Me tranquilizaba pensando que para él era importante trabajar siempre de esa manera, pero quería mostrarle que con los materiales había infinitas posibilidades. Era difícil para mí diferenciar hasta qué punto él necesitaba conocer y desarrollar otras maneras de ejecutar su obra o esta era una necesidad mía.

Pero algo sucedió en una sesión grupal, que cambiaría por completo mi visión de las cosas. Ramiro realizó un quiebre en su manera de construir collages. Y no porque yo se lo sugiriera.



La figura 12 muestra un paisaje donde un recorte de cielo de otra imagen es añadido a la imagen del parque. Era la primera vez que recortaba partes de imágenes y las combinaba entre sí.

Fig. 12

El resultado estaba bien organizado, aunque no había mucha pulcritud en la manera de recortar el cielo. Esto me hizo pensar que en su mente se podrían haber estado generando cambios. Pensé que podría estar abriéndose a la posibilidad de experimentar otras formas de construir a partir de los materiales. Un compañero del grupo lo felicitó por la interesante manera en que había resuelto la obra. Al costado se lee:

”COSAS DE LA NATURALEZA EL CIELO Y NUBES  
Y UN JARDIN DEL EDEN DONDE SE APRECIA  
LO ERMOSO QUE ES  
LINDURA Y COLORIDOS  
ESPECIE DE UN PARQUE COLORIDO”

A la siguiente sesión Ramiro llegó con ganas de modelar pero se puso a dibujar. Realizó un árbol (Fig. 13) en el que se apreciaba un tronco cortado con débiles ramas



que nacían de los bordes. Esta extravagante manera de enganchar las ramas del tronco podría tener relación con la psicosis en Ramiro. El hecho de que su árbol estuviera pegado al borde inferior de la hoja podría mostrar “concreción, depresión, inseguridad, inadecuación” o una “necesidad de apoyo” (Buck, J.1948)

Fig. 13 Arbol

Las ramas muy altas podrían retratar su personalidad esquizoide. Ramas “Muy altas: esquizoide” (Buck, J.1948) La carencia de detalles podría relacionarse con su aislamiento. “Carencia: aislamiento, común en niños pequeños” (Buck, J.1948)

Yo quería saber cuánta conciencia tenía Ramiro de su enfermedad. Conversamos un poco sobre por qué él estaba en el hospital. Comentó que no sabía por qué estaba allí. La segunda vez que le hablé del tema se paró y dijo: “Ya, yo me voy a ir yendo”...y se fue. Pienso que no quería hablar de eso, sino intentar causar una buena impresión. Yo quedé complicada. Sentí culpa por haber insistido en lo de su enfermedad, pero en su ficha de ingreso al hospital aparecía como parte de los objetivos terapéuticos el desarrollo de una mayor conciencia de su condición.

Ese día conversé con el psicólogo del hospital sobre Ramiro. Le expuse mi preocupación por la baja conciencia que mostraba de su enfermedad, y por lo deprimido que lo había visto en relación a su dinámica familiar. Él me sugirió un ajuste de expectativas en mi trabajo con él, y que me enfocara sobre todo en los síntomas negativos, como la anhedonia (dificultad en sentir placer). Me explicó que sería muy difícil lograr que a sus 49 años Ramiro hiciera consciente una enfermedad que traía desde los 17. Me quedé un poco frustrada pero hallé sentido a lo que él me decía. Sin embargo, ahora pienso que Ramiro era bastante consciente de su condición. La aparente falta de conciencia era quizás una defensa para poder vivir con eso. Hubiera sido muy complejo quitarle la posibilidad de usar esta defensa.

Conversando con mi supervisora, me di cuenta de la tristeza que producía en mí saber que Ramiro era un paciente crónico, y que podría beneficiarse en mayor o menor grado de la terapia con arte, pero que no se iba a recuperar. En todo caso, la esperanza de recuperación era importante para mí. La tristeza y soledad que yo percibía en Ramiro removían mis emociones. Me sumergía completamente en su mundo, relacionaba sus experiencias con momentos de mi vida donde yo sentí lo mismo. Sentía mucha empatía.

Recordemos la introyección de contenido de un otro en el propio campo subjetivo (p. 25 de este estudio), a propósito de la empatía.

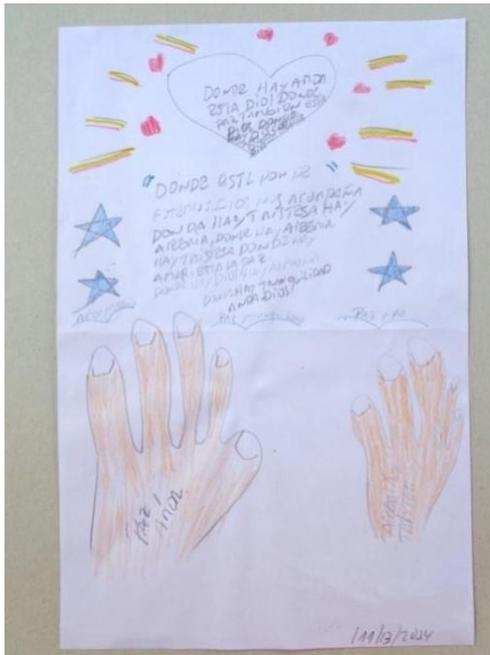


Fig. 14

En una sesión grupal, Ramiro dibujó imágenes de manos y muchas frases con la palabra paz y amor (figs. 14 y 15) Pensé en la posibilidad de que Ramiro sintiera algo por mí (mi nombre es Paz). Mi profesora me sugirió algo parecido al ver sus trabajos.

“DONDE HAY AMOR ESTA DIOS DONDE PAZ TAMBIEN ESTA DIOS DONDE HAY DISCORDIA TAMBIEN ESTA DIOS.

DONDE ESTE DONDE ESTEMOS DIOS NOS ACOMPAÑA

DONDE HAY TRISTEZA HAY ALEGRIA, DONDE HAY ALEGRIA HAY TRISTEZA DONDE HAY AMOR ESTA LA PAZ DONDE HAY DIOS HAY ARMONÍA DONDE HAY TRANQUILIDAD ANDA DIOS AMOR Y ALEGRIA, PAZ Y TRANQUILIDAD PAZ Y FE, PAZ Y AMOR, ALEGRIA Y TRISTEZA”



Fig. 15

“PAZ Y ARMONIA

PAZ”



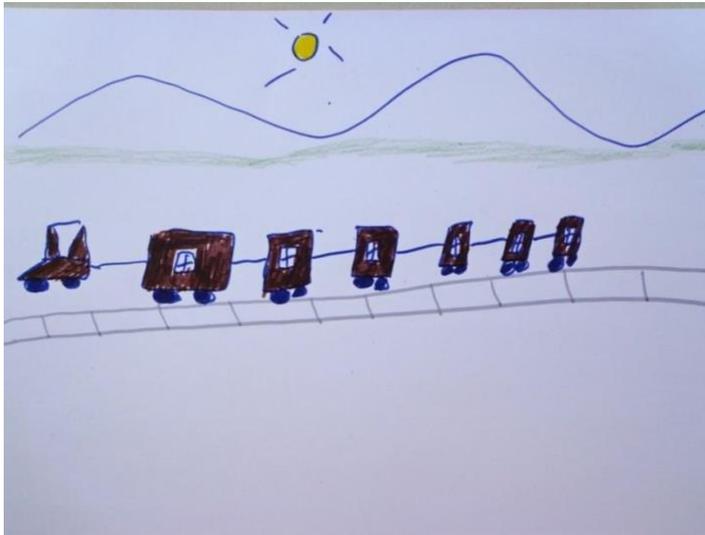
Fig. 16 “PAZ Y AMOR”

”En otro trabajo, también realizado en el taller grupal, Ramiro realizó un corazón dentro del cual se lee “paz y amor” (Fig. 16) Pienso ahora que sus sentimientos de amor tenían que ver con un amor sublime, relacionado a sensaciones de bienestar, armonía y tranquilidad.

Si mi hipótesis acerca de los sentimientos de Ramiro hacia mí era cierta, quizás los estaba sublimando a través del arte. Para Jung “la sublimación toma nombres religiosos y lo llamará sacrificio. El sacrificio es una tarea necesaria para que el yo discurra por los cauces de su propia individuación. Sus dependencias infantiles lo mantienen atrapado por la fantasía narcisista de ser una especie de Hijo Divino” (García, J. 1995, p. 74) Para Freud, sublimación es un “ajuste o redirección de la energía de una tendencia primitiva en canales nuevos y no heredados (...) tal alteración del comportamiento instintivo ubica a la persona dentro de los límites de la aprobación convencional e incluso permite una satisfacción parcial.”(Horace, B. 1958)

En todo caso, las manos de la figura 14 podrían tener relación con una necesidad de contacto y de dar amor. El gesto de imponer las manos aparece muchas veces en la Biblia como señal de bendición o para curar a alguien: “Y aconteció que el padre de Publio estaba en cama, enfermo de fiebre y de disentería; y entró Pablo a verle, y después de haber orado, le impuso las manos, y le sanó.” (Hechos 28:8) Tal vez en una actividad compensatoria de su inconsciente, Ramiro edificaba su personalidad de mensajero o curador evitando, de esta manera, el verse como un enfermo.

Antes de nuestra 5ª sesión Ramiro asistió al taller grupal de arteterapia. Allí dibujó un tren (fig. 17). Recordemos la metáfora del “tren de pensamientos que no se lleva hasta su conclusión lógica, sino que es interrumpido por contenidos ajenos que no están suficientemente inhibidos” (Abramovitch, Y., 2014), en la página 13 de este texto, a propósito del origen de la esquizofrenia según Jung. El tren se dirige hacia el lado izquierdo de la hoja. Para Jung, el lado derecho significa frecuentemente el lado de la



consciencia, de la adaptación, mientras el izquierdo significa la esfera de las relaciones inconscientes inadaptadas o, algo siniestro (1964, p. 212) Más adelante volvería a aparecer la imagen del tren. Podría ser que este tren simbolizara su esquizofrenia, que lo dirigía regresivamente hacia lo inconsciente.

Fig. 17 Dibujo de un Tren

Este día Ramiro me preguntó si tenía pareja. Intenté evadir el tema porque no supe cómo hablarlo, y porque sabía que no correspondía hablar de mi vida íntima en las sesiones. Pero era difícil para mí saber qué responder, me hacía sentir incómoda su pregunta. Ahora veo que era necesario mantener fuera mi vida personal.



Fig. 18 Tazón

Él retomó la imagen del tazón en plasticina (Fig. 18) Me comentó que las sesiones le habían permitido desahogarse. Me impresionó que utilizara una palabra relacionada al ahogo (desahogarse), y nuevamente pensé en su padre.

Me explicó que el jarrón lo hizo porque el agua es libre, y es mejor estar libre que preso. La libertad era para él lo contrario de estar deprimido. Tal vez Ramiro pensaba que su padre se había liberado de la depresión que le causaba la enfermedad ahogándose en el río. Luego me contó cómo se deprimía en su casa cuando llegaba, porque estaba solo. Dijo no saber a qué se refería el psiquiatra con “enfermedad mental”. Luego relató que sus hermanos comprendían lo de su enfermedad y lo apoyaban. Pensé entonces que él sí tenía conciencia de estar enfermo, y que dependiendo del momento se mostraba más o menos asumido. Esto podría tener relación con sus defensas. Tal vez prefería pensar que era incomprendido (y efectivamente lo era) que asumir que sufría alucinaciones y delirios. Posiblemente todo el imaginario bíblico era un intento suyo por normalizar sus delirios y hacerlos más digeribles.

Luego de la 5ª sesión, Ramiro fue dado de alta. De ahí en adelante estaría trabajando en el taller de amasandería de la unidad de rehabilitación del hospital. Nuestro compromiso era seguir reuniéndonos semanalmente para las sesiones individuales, pero empecé a notar que él no funcionaba igual sin la contención diaria del equipo terapéutico del hospital. Él manifestaba cierta curiosidad por saber el motivo que había tenido yo

para decidir trabajar con él y no con otro. Relaciono esto a su paranoia o a la posibilidad de que tuviera sentimientos de amor hacia mí. Yo le explicaba que el hospital me había dado una lista de personas consideradas apropiadas para el trabajo, y que él aparecía en la lista. Además, me habían dicho que le gustaba el arte.

A pesar de que el hecho de poder trabajar significaba el cumplimiento de uno de los objetivos de su ingreso al hospital, a la vez que uno de sus deseos más profundos, pienso que demandaba de él un esfuerzo que era tremendamente difícil de sostener. Sobre todo lejos del grupo de terapeutas y compañeros del hospital de día.

En la primera etapa pienso que habíamos logrado afianzar un buen vínculo. Había bastante confianza, él había hecho avances en la manera de construir imágenes, había expresado emociones y pensamientos sobre los hechos más relevantes de su vida, y habíamos logrado una buena adherencia al tratamiento.

## Etapa de Desarrollo

Ramiro no llegó a la sesión. Lo llamaron a la casa y se devolvió al hospital. Había estado en rehabilitación en la mañana.

Llegando se disculpó y dijo que se le había olvidado, que no fue mala intención. La hermana creía que había ido a su casa porque tenía hambre. Él estaba consciente de la sesión, yo lo había llamado el día anterior para recordarle.

Al llegar me contó que se había orinado en la cama, que le habían dado unos remedios y había despertado así.

Noté un retroceso también en su manera de utilizar los materiales. De hecho, volvió a realizar un collage recortando y pegando a la manera de los primeros que realizó. Incluso menos elaborado y con menos detalles que al comienzo de nuestra terapia (Fig. 19) También pensé que podía estar cansado, porque en la mañana había estado trabajando en el taller de amasandería. Hablé con mi supervisora sobre el retroceso de Ramiro. Ella sugirió que le llevara algunos recortes de figuras ya recortadas del fondo



Fig. 19

para mostrarle otra forma de componer con el material.

“DONDE TODO ES HERMOSO DE LA NATURALEZA QUE DIOS NOS BRINDE MUCHOS COLORES, DONDE HAY ARBUSTOS Y ARBOLES DE DISTINTOS COLORES”

A mí me pareció buena idea y empecé a llevarle varios recortes preparados. De ahí en adelante surgieron cambios interesantes en su manera de crear.

En las siguientes seis sesiones Ramiro trabajó en base a los recortes que yo llevaba. En el collage de la figura 20 se aprecia cómo Ramiro tomó los recortes y los utilizó de la misma manera que utilizaba las imágenes no separadas del fondo, pegándolas donde quedara un espacio en blanco, y no organizándolas por su proporción, tamaño o contenido.



La imagen resultante fue, más bien, un catálogo de imágenes que le llamaron la atención. Pero, en relación al contenido, aparecieron nuevos motivos. Ramiro sugirió que los obreros eran como su papá que era obrero y que el vino se tomaba en exceso en las fiestas de fin de año. Los pajaritos son la paz, y la pareja está conversando sobre el año que se va. Volvió a aparecer la imagen del jarrón.

Fig. 20

“NOSOTROS DEBEMO AMIRAL LAS COSAS LINDA DE ESTA VIDA DEBEMO ARMONIZAR LAS COSAS QUE NOS REGALAN EN CADA MOMENTO QUE DIOS NOS BENDICE CADA DIA DE NUESTRA VIDA TENEMO QUE RESPETARNO EN SI MISMO”

Se empezaba a vislumbrar un intento de narración en su trabajo, además, él incluía nuevos temas. Aparecieron las botellas de vino, quizás a propósito de su anterior historia de consumo. También hay una familia, unos trabajadores, una silla, pájaros. Más adelante, Ramiro volvería a seleccionar la imagen de la silla.

A la siguiente sesión pegó tres papeles, con mi ayuda, para que el soporte fuera mayor (Fig. 21).

Por primera vez aquí relacionó una imagen con otra como buscando establecer un contacto entre los personajes. Esto se aprecia en el recuadro del centro, donde aparece



un hombre corriendo, cerca de quien añadió dos pájaros que lo miraban. Sobre la cordillera, a la derecha del trabajo, también pegó otros pájaros. Finalmente dobló el trabajo en tres partes y lo bautizó: “Carpeta de Ramiro”.

Fig. 21 Collage “Carpeta de Ramiro”

Había avanzado mucho en relación a la integración de imágenes. En el costado derecho del tríptico se lee lo siguiente: “CUANDO ESTES TRESADO DISFRUTA LA NATURALEZA QUE DIOS TE BRINDAS

PUEDES DISFRUTAR CON ANIMO DELEARTAS

NO DEJES LO QUE VAS HACER MAÑANA

ANDA DISFRUTALA CON MUCHO DESEOS TU FELICIDAD EN TI MISMO”

La imagen de la muerte del padre apareció otra vez, a mi juicio, en nuestra novena sesión, adoptando la forma de un collage (Fig. 22)



Fig. 22 Collage

Según lo relatado por Ramiro luego de realizarlo, la escena retrataba un comedor de familia donde faltaba una silla. En este comedor los hijos se sentaban en los costados de la mesa y los padres a la cabecera. Todos se preguntaban dónde estaría la silla que faltaba. En el borde inferior de la hoja, Ramiro escribió: “CUANDO LLORES TE SACARAS TODA TU LAGRIMAS CUANDO ESTES TRISTE AS SONREIR CUANDO ESTES SOLO ALGUIEN TE ACOMPAÑARA”

Otro aspecto interesante de esta imagen es que Ramiro compuso las figuras en una imagen más o menos coherente, dando solución al problema de la ausencia de la silla. Simbólicamente él agregó la silla que faltaba. Anteriormente había realizado varios collages donde las imágenes eran recortadas y pegadas una junto a la otra sin intento de organización más allá de la yuxtaposición.

Ahora las figuras estaban totalmente relacionadas unas con otras y además, pienso que estaba resolviendo en la imagen el conflicto producido por la desaparición del padre. Recordemos que la familia estaba sentada a la mesa cuando recibió la noticia sobre el suicidio paterno. Aquella vez el propio Ramiro había contestado el teléfono.

A la escena agregó una silla, un niño feliz y una pareja tomada de la mano. Tal vez esta silla simbolizaba a su padre, ausente en el comedor. Pienso que en el proceso de construcción de esta imagen Ramiro logró representar lo que necesitaba relatar constantemente, a la vez que darle una respuesta a su propio trauma. En las sesiones siguientes no me habló directamente de la muerte del padre, tema que antes era recurrente. Por el contrario, nuestra conversación estuvo más centrada en su presente, sus relaciones interpersonales y sus emociones.

La relación lograda era cercana e íntima. Durante el proceso creativo Ramiro podía estar cómodamente en silencio. Esto en un principio había sido difícil para mí. No sabía si escribir, mirarlo o no hacer nada. Como comenta Winnicott (1958), creo que es importante cuando se logra el silencio en terapia. Este poder estar solo en presencia de otro posibilita el desarrollo de la capacidad de descubrir la propia vida personal.

Sucedió un día, en que yo estaba tomando apuntes de la sesión, que me pidió leer mi cuaderno. Yo le mostré lo escrito temiendo su reacción. Luego de leer parte del escrito, me devolvió el cuaderno y me dijo que no entendía la letra. Le leí un pedazo donde yo apuntaba algunas conversaciones nuestras. Ante mi asombro, él no mostró incomodidad, ni signos de paranoia o desconfianza. Continuamos la sesión normalmente, con cercanía y soltura. Pienso que realmente confiaba en mí, y que se sentía a salvo.

## **Etapa de cierre**

Cuando faltaban cuatro sesiones para finalizar el proceso, comencé a preparar a Ramiro para la despedida. Él me decía que me iba a echar de menos y que iba a llorar cuando le tocara despedirse de mí, pero que no me iba a perseguir. Se manifestaba agradecido por el tiempo y el trabajo empleados en las sesiones. Decía que le servía para desahogarse y que lo pasábamos bien. Manifestaba una actitud cercana hacia mí. Había mucha confianza.

Algunas veces me preguntaba por qué creía yo que él recibía mensajes de dios si era una persona completamente normal. Yo prefería no responder que decir algo equivocado. Decir algo equivocado era, para mí, hacerlo sentir juzgado, o bien, avalar sus delirios para que se sintiera aceptado. Él me explicaba que lo que le sucedía no eran delirios, como los de las personas del hospital, sino que eran completamente reales. Pero que en la familia no lo entendían, sino que pensaban que deliraba. Decía que yo lo entendía más o menos. También me decía qué cosas veía y me preguntaba si yo percibía cosas similares. Yo le respondía que yo no las veía, y que probablemente en su familia tampoco las veían y por eso les costaba tanto creerle y comprenderlo. Él reflexionaba tranquilamente.

Pienso que efectivamente en su familia no lo entendían, y que era necesaria una reeducación familiar para que pudieran actuar como soporte apropiado para Ramiro. Su hermana mayor se preocupaba mucho de él, pero los demás de la familia lo ignoraban bastante.

En las siguientes sesiones Ramiro realizó collages que representaban diferentes situaciones. A propósito del collage de la Fig. 23, Ramiro me explicó que los pájaros simbolizan la paz, el ciclista también quiere la paz y el jarrón es de bella genio.

Luego añadió que el jarrón es para tomar té luego de andar en bicicleta. Las flores las puso la mujer del ciclista en la mesa y simbolizan el amor. Explicó que andar en bicicleta permite mantener el aire limpio y ahorrar energía, el río representaba que



debemos cuidar la naturaleza. Al costado izquierdo escribió:

“ESTO REPRESENTA LO HERMOSO QUE HAY QUE DISFRUTAR EN LA VIDA”

Fig. 23



En el collage de la figura 24 el tema es el descanso. En el costado izquierdo se lee lo siguiente: “EL DESCANSO ES POSIBLE RELAJARSE A SI MISMO HABRA ARMONIA ANIMO Y RESPETO EN SIMISMO COMO PERSONA”

Fig. 24

Buscó entre los recortes unas aves particulares que traían un mensaje. Como no las halló, decidió dibujarlas. Me pareció que estaba resolviendo un conflicto a través de esta acción. Por primera vez mezclaba collage y dibujo sobre la hoja, intentando solucionar la ausencia de determinadas imágenes entre las revistas. Volvieron a aparecer las imágenes de pájaros, silla y jarrón. Me explicó que todos esos personajes necesitaban descansar, y que la silla también era para descansar (¿el padre necesitaba descansar?) Luego de eso, me habló de su sentimiento de incertidumbre. Declaró no saber si todos nos íbamos a hundir en un río. Relató que el agua representaba el vacío, pues se toma y luego no está, así como también nosotros podemos desaparecer. Nadie sabe. Me contó luego sobre las dificultades que tenía viviendo con su cuñada. Le propuse a la sesión siguiente realizar un trabajo con ese tema. Me dio una tarea para la casa: que buscara recortes de cuatro mujeres y dos hombres. Era el número de personas con las que vivía: él, dos hermanas, una sobrina, un hermano y su cuñada. En el collage de la figura 25 Ramiro retrata su dinámica familiar.

A propósito de este trabajo, Ramiro nombró a sus familiares con los que vivía y escribió: “LUISA MARIA EUGENIA YO RAMIRO CONVERSAMOS SOBRE COMO PODEMOS SER COMO HERMANO EN LA VIDA YO ESTOY CON MI HERMANA



CONVERSANDO Y  
 DERREPENTE VI A LUISA  
 CONVERSE CON ELLA Y  
 ME DIJO COMPORTARSE  
 BIEN EN LA VIDA COMO  
 GENTE EDUCADA”

Fig. 25

La cuñada Luisa, con quién tenía los mayores conflictos de convivencia, apareció representada en la figura de la mujer vestida a rayas sobre un sillón también rayado y dando la espalda. Pienso que esto podría deberse a los conflictos que tenía en la relación con ella. Luisa tenía deficiencia mental. Ramiro me contó que en su casa se sentía solo, porque cuando llegaba, Luisa estaba encerrada en su pieza viendo televisión. En su relato ella le dice “comportarse bien, como gente educada”. La hermana mayor, con quién Ramiro tenía mejor relación, aparece sentada en el centro de la hoja abajo. Está sonriendo. Ella era la apoderada de Ramiro, había tomado en parte el papel de madre cuando la madre real había muerto. La sobrina no apareció en la escena. Él y otra hermana aparecen con una tabla de surf al lado derecho. La imagen del vaso grande podría tener relación con su historia de alcoholismo.

Ramiro no llegó a la siguiente sesión porque no tenía dinero para cargar la tarjeta bip. Tuvimos que re-agendar el encuentro para otro día.



Durante la hora de trabajo, Ramiro dibujó el tren en que se iba a ir de vacaciones con su familia unos días después (fig.26) Me contó historias sobre viajes que realizó cuando niño en tren.

Fig. 26 Tren

Este viaje al recuerdo de su infancia podría explicar la dirección del tren, que nuevamente se dirige hacia el lado izquierdo de la hoja. Con respecto al color, el rosado fue escogido por ser el primero que encontró, y no por criterios estéticos.

En el diccionario de símbolos de Chevalier aparece el tren como símbolo de evolución. Esta evolución puede ser “una toma de conciencia que nos arrastra hacia una nueva vida”. También se refiere a la red o línea del tren como lugar donde suceden comunicaciones o hay un intercambio. También podrían ser “fuerzas de enlace y coordinación en el seno del conjunto psíquico.”

Ramiro relató, luego de dibujar el tren, que es su familia la que necesita ayuda, y no él. Esto tiene que ver con una situación real: que la familia requiere de mayores herramientas para vivir con él y apoyarlo de la manera que Ramiro necesita.

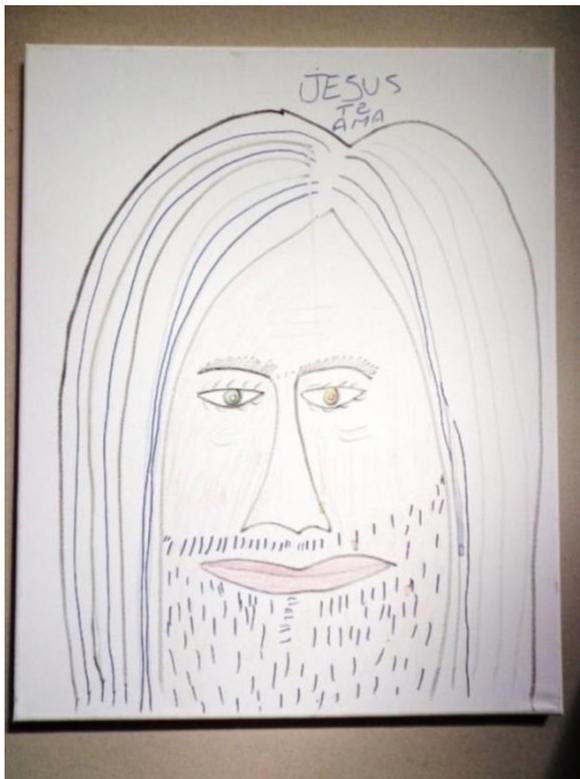


Fig. 27 JESUS TE AMA

El último trabajo realizado por Ramiro fue un dibujo a mano alzada de Jesús (fig.27) Fue la única vez que hizo un dibujo de un rostro. No quiso utilizar pinturas. Si hubiésemos podido continuar las sesiones creo que él se habría atrevido a utilizar pinturas.

La última imagen fue para mí como una despedida simbólica. Me dijo que iba a hacerme un regalo. Tomó una tela y unos marcadores y dibujó la imagen de Jesús.

Expresó que así es realmente Jesús, que se veía un poco cansado porque lleva trabajando mucho tiempo, desde antes de los egipcios. Agregó la frase: "JESUS TE AMA". Y me dijo que esta imagen me iba a proteger a mí y a mi familia.

Ramiro se sentía agradecido y a través de este regalo pienso que se sentía devolviéndome algo muy valioso. Era algo así como una especie de amuleto. Y era la imagen de lo que él veía en sus alucinaciones también. Tal vez poder transformar una alucinación en un amuleto era un proceso que tenía que ver con su autoestima. Quizás le permitía restaurar la imagen que tenía de sí mismo para no verse como un enfermo sino como un mensajero del amor.

Por otra parte, tal vez proyectaba sus sentimientos hacia mí en la imagen de Jesús. Entonces no era él quién me amaba sino Jesús. Proyección es "sacar fuera un proceso subjetivo, trasladándolo a un objeto" (Jung, C, 1921, p.546) De esta manera el sentimiento es menos penoso y más compatible a la situación. Este proceso probablemente lo realiza la conciencia moral.

### **3.6.2 Análisis y discusión**

En el proceso terapéutico pude observar cómo, a través del análisis de sus trabajos, Ramiro iba encontrando cada vez más material relacionado a su vida y a sus emociones. Él me fue contando su historia a través de imágenes. Era absorbido por la creación y luego de ese momento de concentración absoluta él comentaba su trabajo y preguntaba mi opinión. Pienso que este momento creativo le permitía buscar sus ideas y sentimientos para luego hablarlos conmigo. De esta manera, fue desarrollando el poder estar solo en mi presencia, así como el niño puede estar solo en presencia de la madre (Winnicott, D. 1958)

Expresaba directamente qué sentía, qué pensaba, y sus dificultades en el medio familiar. Hablaba de su agradecimiento por la naturaleza y la vida, de su incertidumbre por lo que sucedería luego de la muerte, y de lo gratificante que era para él su trabajo de repostería con el grupo de rehabilitación del hospital. Explicaba su trabajo de contención frente a las mujeres y a los deseos que provocaban en él, contaba qué le pasaba cuando veía a una mujer, preguntaba qué me pasaba a mí cuando veía a un hombre, qué le miraba. Esto provocaba bastante incomodidad en mí. Me costaba saber cómo responder a este tipo de preguntas. Ahora pienso que es un asunto de límites. Es necesario tener claro qué responder y qué no.

Con respecto a los materiales, pienso que no quería ensuciar, o no quería parecer sucio. No quería ser descortés, siempre aclaraba que lo que decía era con todo respeto.

Me contaba cuando se deprimía, sus recuerdos y sus delirios. Pienso que conversar de todo esto le permitía delimitar su yo, contenerse, abarcarse, entenderse y desahogarse. Creo yo que necesitaba mucho ser valorado y tener una relación saludable y profunda. En el taller grupal escuchaba siempre atento a sus compañeros y contenía a los demás dando consejos sobre buscar apoyo en Dios cuando viniera la sensación de soledad. Era empático con los demás. “Nadie está solo” le decía a algún compañero deprimido. En el grupo podía desarrollar habilidades sociales.

Cada cierto tiempo, Ramiro me pedía que le dijera cómo se escribía alguna palabra, dando por hecho que yo escribía mejor que él. Yo siempre tuve cuidado con la relación terapeuta-paciente, porque pienso que puede ser compleja en cuanto a la posibilidad que se da o no a la persona para empoderarse. Creo que debemos evitar que el otro se sienta en un nivel inferior. Más bien, debemos tener claro que todos necesitamos de apoyo en algunos momentos de nuestra vida.

Me pareció notorio el tránsito que realizó Ramiro desde una manera de construir la imagen más bien literal, al intento de buscar cada vez más metáforas relacionadas a los elementos de la obra. Este proceso era tomado a veces como un juego, y se reía de las ideas que le venían acerca de la imagen. El propio acto de realizar los collages era una metáfora de unión de fragmentos.

A raíz de lo que yo había leído sobre la empatía en Wadeson, y oyendo las dificultades que los síntomas psicóticos generaban en Ramiro al relacionarse con los demás, pensaba cómo se sentiría cualquier persona al ver que nadie entiende sus delirios ni cree en sus alucinaciones.

Pienso que en sus pares del hospital de día, Ramiro encontraba el apoyo emocional para seguir adelante. Pude notar el cambio que significó para él ser dado de alta, e ingresar a la unidad de rehabilitación. Pude darme cuenta de lo necesario que es para una persona esquizofrénica el apoyo permanente de un grupo terapéutico. Y no solo en momentos de descompensación o crisis. El grupo les permite reconstruir su autoestima frente a los demás, marcar límites, reafirmar su identidad. Esto porque los seres humanos nos definimos, en parte, en la relación con el medio que nos rodea. Nuestra identidad está afectada por el entorno. Un ambiente cuidado permite que la persona que posee una vulnerabilidad mayor pueda habitar el entorno que necesita y encontrar tranquilidad para continuar su desarrollo. El grupo también permite la expresión de emociones en un ambiente donde serán comprendidos, pues los demás viven experiencias similares. Pueden desarrollar habilidades de escucha y de autorregulación.

Otro aspecto importante a considerar es la doble aislación en la que vive una persona cuando padece una enfermedad psiquiátrica y además está en un entorno de pobreza e ignorancia. La pobreza en sí misma es razón suficiente para quedar marginado. La enfermedad mental por sí misma, es otra razón suficiente. La suma de ambas deja a la persona doblemente expuesta, en una situación muy compleja. El medio no logra ser soporte suficiente, y los recursos con que se cuenta son menores. Su situación de vulnerabilidad viene producto de su condición social y mental.

A veces Ramiro no tenía dinero para llegar al hospital. Intentaba subirse a la micro y lo echaban abajo. Esta realidad tan cruda hace que la terapia sea realmente difícil de lograr. El hecho de tener dificultades tan concretas en términos materiales puede generar, por otra parte, condiciones estresantes de vida que favorecen la aparición de nuevas crisis.

De esta manera, se tienen muchas menos posibilidades de acceder a fuentes laborales bien remuneradas: por la falta de educación, por el medio que los rodea y por la enfermedad.

A mi parecer, Ramiro se hallaba frente a dos mundos que se superponían entre sí, como en la imagen del valle situado sobre el cielo en la figura 3. Dios, ángeles, y otras presencias habitaban entre nosotros y se comunicaban con él. Estos dos mundos eran, por una parte, el mundo concreto, y por otra, la experiencia mística y alucinatoria. La profunda sensación de soledad e incomprensión que esta división provocaba, marcaba el contacto con las personas que lo rodeaban. Al permitirme entrar en su mundo me abrió la puerta a ambas realidades. Yo intenté aceptar con la misma apertura tanto el contenido que me era familiar como el contenido “extraño”. Pienso que mi falta de enjuiciamiento permitió que él se sintiera confiado y tranquilo para que yo habitara en ese espacio con él. Dentro de su mundo me transformaba en un “yo auxiliar” que le ayudaba a organizar el contenido existente con una actitud positiva frente a este. El “yo auxiliar” contribuye a la integración del yo y de un self verdadero” (Arbeláez, L. 2006) Este “yo auxiliar”

también se manifestaba cuando yo llevaba imágenes recortadas para los collages, acción que ayudaba a Ramiro a organizar las ilustraciones dentro de la composición.

Mi rol era sentir qué le hacía falta para poder entregárselo. En este sentido, asumía el papel de lo que se requiriera para completar alguna situación interna de Ramiro, con lo que las sesiones arteterapéuticas se parecían también a escenas psicodramáticas. Mientras menos trajera mi mundo a escena más podía transformarme en los personajes que Ramiro necesitara que interpretara. Me sentía por momentos madre, consejera o amiga, dependiendo del contenido que él hubiera traído al espacio pictórico o escénico.

Leyes similares rigen el espacio pictórico y el escénico. Se hallan presentes el ritmo, la tensión, el dinamismo, la composición, etc. Organizar y dar sentido a una escena dramática requiere desplegar recursos de la misma manera como lo requiere componer un dibujo o un collage. Escoger personajes, ver a qué distancia están uno de otro, cómo se relacionan, cómo están vestidos, qué me hablan de su vida, cómo hablan, o si se dan la espalda y no se miran. Un tren que viaja por el espacio pictórico hacia el pasado o hacia lo desconocido...la imagen de Cristo que viene a declarar su amor, la familia reunida en un comedor donde falta un personaje...a partir de los momentos retratados en las imágenes se puede construir un relato más extenso acerca de las voces y presencias que habitan el universo del paciente.

Muchas cosas sucedían en la relación terapéutica que exigían de mí la máxima atención y conocimiento posible. Tenía acceso al psiquismo del consultante, y si estaba atenta, podía recoger gran cantidad de material que necesitaba ser comunicado.

Pienso que al trabajar con personas cuyo yo se encuentra tan severamente desorganizado, es imperativo que el terapeuta mantenga la máxima organización y presencia posible. Es en este sentido que el yo-auxiliar es requerido de manera urgente y vital. Aspectos inconscientes del consultante claman por ser escuchados. Ellos podrían ser una esperanza de restablecer en alguna medida el equilibrio psíquico. “Según la

física, el equilibrio es el estado de un cuerpo en el cual las fuerzas que operan en él, se compensan mutuamente” (Crespi y Ferrario, 1995, p.36)

Estando atenta a la manera cómo Ramiro construía el espacio pictórico y a cómo dialogaba conmigo, yo podía tener luces acerca del grado de lucidez en que se encontraba. Había días mejores que otros.

Probablemente en la creación plástica cada personaje o elemento que aparece representado es una proyección (3) Así como Jung pensaba cada personaje o elemento de un sueño como parte de la psique del soñante, cada cosa que aparece representada en la obra sería un elemento intrínseco de la organización propia del paciente que es desplazado hacia fuera. Luego de la reflexión (verbal o no) a partir del trabajo creativo, este contenido vuelve a ingresar al sujeto a través de un proceso de introyección (4) Pero al retornar ha sido reelaborado desde un nuevo enfoque, asimilado con más detalles o comprendido en un nivel más profundo. Muchas veces es más fácil dialogar con aspectos internos de la psique haciéndolos visibles en una obra. Es donde radica la importancia del triángulo terapéutico entre el consultante, el terapeuta y la obra.

---

(3) Proyección: sacar fuera un elemento subjetivo trasladándolo a un objeto

(4) Introyección: inclusión del objeto en la esfera del interés subjetivo

## **CAPÍTULO 5 Conclusiones**

Una actitud abierta, cercana y dispuesta por parte del terapeuta permite establecer un buen vínculo con el consultante. A su vez, esto le confiere la confianza y seguridad necesarias para abrir su mundo, expresarse (a pesar de la paranoia) y obtener una buena adherencia al tratamiento.

Si bien no se puede conocer la causa última de la esquizofrenia, sí podemos conocer la manera cómo se manifiesta y cómo se desarrolla para poder así contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

Aunque los síntomas psicóticos pueden aislar mucho a una persona de las convenciones sociales, el establecimiento de un buen vínculo terapéutico posibilita tener un contacto significativo y reparador de vínculos anteriores.

La relación triangular en arteterapia permite expresar en imágenes aquellos aspectos internos que son difíciles de comunicar a través de las palabras, o que son menos aceptados, otorgando al paciente la posibilidad de liberarse de conflictos y cargas psicológicas. El contenido inconsciente del individuo puede manifestarse sin perturbar a la conciencia, compensando en alguna medida su psique.

Las personas que enferman de esquizofrenia en los sectores socialmente más vulnerables, quedan doblemente expuestos a la marginación. Por este motivo, es necesario implementar medidas que apunten a la equidad en salud.

Existe una relación entre la manera como la persona compone una obra y sus procesos mentales de organización. Al desarrollar una se va potenciando la otra.

El poder pertenecer a un grupo terapéutico ofrece al paciente la posibilidad de conocerse, desarrollar sus habilidades relacionales, marcar límites, hallar apoyo, sentirse comprendido, mejorar su autoestima y estar acompañado. Todas estas herramientas le

permiten sobrellevar de mejor manera su condición y relacionarse con quienes le rodean. También le otorgan herramientas para poder integrarse mejor, prevenir recaídas de consumo, tener una rutina diaria donde está acompañado, explorar nuevas habilidades, manejar mejor los conflictos sociales, etc.

Varios de los obtenidos planteados para la derivación del paciente se pudieron trabajar en las sesiones de arteterapia. Entre ellos, desarrollar una buena adherencia al tratamiento, tener más manejo de su condición, y ampliar sus recursos para relacionarse mejor consigo mismo y con su entorno.

Los resultados obtenidos concuerdan con la recomendación del Ministerio de Salud con respecto a los beneficios de las intervenciones con terapia artística para las personas con diagnóstico de esquizofrenia (2009), y abren el campo para nuevas prácticas e investigaciones.

## Referencias

- Asociación Británica de Arte Terapia (BAAT) [www.baat.org](http://www.baat.org)
  
- Asociación Británica de Arte Terapia (BAAT)[www.baat.org](http://www.baat.org)
  
- Balbuena, F. (2011). *R.D.Laing:Un rebelde que desafió el orden psiquiátrico imperante*, Departamento de Psicología Clínica
  
- Carter, R.,Aldridge, S.,Page, S., Parker, S.(2009).*El Cerebro*, Ed. Cosar
  
- Cirlot, Juan Eduardo. *Diccionario de Símbolos*
  
  
- Clasificación Internacional de Enfermedades. Décima versión CIE-10
  
- Crespi, I, Ferrario, J. (1995).*Léxico Técnico de las Artes Plásticas*, Ed. Eudeba.
  
- Dempsey, A, (2002). *Estilos, Escuelas y Movimientos, Guía enciclopédica del arte moderno*, Ed. La Isla
  
- Gelder, M., Mayou, R. y Geddes, J, (2001).*Oxford Psiquiatría*, Ed. Marbán, 2ª edición
  
- Guía Clínica para el tratamiento de personas desde primer episodio de esquizofrenia* (2009). Ministerio de Salud.
  
- Marxsen, E. (2001). *Diálogos entre arte y terapia*, Ed. Gedisa
  
- MINSAL (2000).*Orientaciones Técnicas para el Tratamiento y Rehabilitación de las Personas afectadas de Esquizofrenia*. Ministerio de Salud, Santiago, Chile
  
- MINSAL (2009). *Guía Clínica para el Tratamiento de Personas desde Primer Episodio de Esquizofrenia*. Ministerio de Salud, Santiago, Chile.
  
- Reisin, A. (2005). *Semánticas y Morfologías*, Ed. El Autor
  
- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (versión impresa) ISSN 0211-Rev.Asoc.Esp.Neuropsiq. vol.31 no.4 Madrid oct.dic. 2011<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-5735201105735>

-Sánchez, S. (2009). *Art Brut: orígenes y devenir*. Médico Cirujano. Ph D © Ciencias Sociosanitarias Universidad Complutense de Madrid. MPH .MBA.  
[http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n12009/07\\_Ciencia%20y%20medicina.pdf](http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n12009/07_Ciencia%20y%20medicina.pdf)

-Stone, M. (2006). *Historia y antecedentes de la esquizofrenia*. Recuperado el 28 de febrero del 2015

[http://www.imedicinas.com/pfw\\_files/cma/pdffiles/Lieberman-Esquizofrenia/0.LIEBERMAN\\_000\\_000.pdf](http://www.imedicinas.com/pfw_files/cma/pdffiles/Lieberman-Esquizofrenia/0.LIEBERMAN_000_000.pdf)

-Wadson, H. (1980) *Art Psychotherapy, Ed, Wiley Interscience*

-Eur Psychiatry Ed. Esp. (2001); 8: 462-470 *El Estudio nórdico sobre pacientes esquizofrénicos que viven en la comunidad. Necesidades subjetivas y ayuda percibida*  
T. Middelboe , T. Mackeprang , L. Hansson , G. Werdelin , H. Karlsson , O. Bjarnason , A. Bengtsson-Tops , J. Dybbro , L. L. Nilsson , M. Sandlund , K. W. Sörgaard

-ALGUNAS TEORIAS BIOLOGICAS DE LA ESQUIZOFRENIA Carlos E. Zoch Z.

- “Tipos Psicológicos” Carl Gustav Jung, Ed. Sudamericana, 2000, 1era ed. 1921

-Ideas recientes sobre la esquizofrenia. C. G. Jung 1959

-Encuentros con Lola Hoffmann. Delia Vergara Ed. Antártica, 1989

-*Culpa, sublimación y perdón* J.G.Callado, 1995 [revistas.ucm.es/index.php](http://revistas.ucm.es/index.php)

-Test persona Casa Árbol, John N. Buck, 1948

-La madre: un “Yo auxiliar” al servicio de la reproducción de un tipo de sistema vincular (2006)

<http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/398/374> (recuperado el 31 de mayo del 2015)

Liliana Patricia Arbeláez

-*La capacidad para estar a solas* - 1958 Winnicott, D.

- A COMPREHENSIVE DICTIONARY OF PSYCHOLOGICAL AND  
PSYCHOANALYTICAL TERMS, English, Horace B. and Ava C., David McKay  
Company, Inc. New York, 1958

-



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ARTES  
ESCUELA DE POSTGRADO

**ANEXO 1**  
**FICHA DE APROBACIÓN INFORME AFE/TESIS/MEMORIA**  
**PARA RENDICIÓN DE EXAMEN**  
PROGRAMAS MAGISTER /DOCTORADO/ CEP  
ESCUELA DE POSTGRADO- FACULTAD DE ARTES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	María Paz Ercilla Nicolet
RUT	13.761.456-1
NOMBRE DEL PROGRAMA AL QUE PERTENECE	Curso de Especialización de Postítulo en Terapias de Arte con mención en Arte Terapia
AÑO DE INGRESO	2013
COORDINADOR/A DE PROGRAMA	Bárbara Gaete Asenjo
PROFESOR/A GUÍA	Mary Harrison
PROFESOR/A CO-GUÍA (SI APLICA)	
TÍTULO DE AFE/TESIS/MEMORIA	Arteterapia y Esquizofrenia: Uniendo fragmentos a través del arte
FECHA DE ENTREGA DE AFE/TESIS/MEMORIA (POR PARTE DE ESTUDIANTE)	Julio de 2015
FECHA DE APROBACIÓN PROFESOR/A GUÍA (HABILITA PARA RENDIR EXAMEN)	Agosto de 2015



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE ARTES  
ESCUELA DE POSTGRADO

FIRMA ESTUDIANTE

.....  
FIRMA PROFESOR GUIA  
(Coordinadora )