



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

EL USO DEL ARTETERAPIA COMO ALTERNATIVA PSICOTERAPÉUTICA
EN EL ÁREA CLÍNICA DE LA PSICOLOGÍA: UN ESTUDIO DE CASO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARIANA COSME RAMÍREZ

JURADO DE EXAMEN

TUTORA: LIC. CLARA HAYDEE SOLÍS PONCE

COMITÉ: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA

LIC. EDUARDO CONTRERAS RAMÍREZ

MTRO. VICENTE CRUZ SILVA

LIC. ESPERANZA ENRIQUEZ CERVANTES



MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE.

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I.....	8
ARTETERAPIA.	
1.1.RELACIÓN ARTE & TERAPIA.....	8
1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ARTETERAPIA.....	11
1.3. ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO.....	13
1.3.1. <i>Influencias del Arte Psicopatológico desde un ámbito Psiquiátrico.</i>	13
1.3.2. <i>Influencias desde la pintura al Arteterapia.</i>	15
1.3.3. <i>Consolidación del Arteterapia.</i>	17
1.4. PRESENCIA DEL ARTETERAPIA EN MÉXICO.....	20
CAPÍTULO II.....	22
ENFOQUES CLÍNICOS EN ARTETERAPIA.	
2.1. ENFOQUE PSICOANALÍTICO.....	22
2.2. ENFOQUE HUMANISTA.....	33
2.3. ENFOQUE GUESTALT.....	36
2.4. ENFOQUE DE ORIENTACIÓN CONDUCTUAL.....	37
CAPÍTULO III.....	43
PROCESO ARTETERAPÉUTICO.	
3.1. ELEMENTOS DEL PROCESO ARTETERAPÉUTICO.....	43
3.1.1. <i>Importancia de la relación triangular paciente-obra-terapeuta.</i>	43
3.1.2. <i>Organización terapéutica.</i>	44
3.1.3. <i>Organización del espacio.</i>	46
3.1.4. <i>Organización temporal.</i>	46
3.1.5. <i>Estructuración de las sesiones.</i>	47
3.2. EVALUACIÓN DEL PROCESO ARTETERAPÉUTICO.....	48
3.2.1. <i>Decodificación de las obras.</i>	49
3.2.2. <i>Importancia de la simbolización de la obra plástica.</i>	52
3.2.3. <i>Áreas de evaluación.</i>	53
CAPÍTULO IV.....	53
ARTES PLÁSTICAS EN ARTETERAPIA:TÉCNICAS Y MATERIALES.	
4.1. TÉCNICAS PLÁSTICAS.....	54
4.1.1. <i>Pintura</i>	55
4.2.2. <i>Dibujo</i>	57
4.2.3. <i>Escultura.</i>	59

4.2.4. <i>Collage</i>	61
4.2. BENEFICIOS Y FUNCIONES A TRAVÉS DEL ARTE.....	62
4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS MATERIALES.....	64
CAPÍTULO V.....	68
APLICACIONES DEL ARTETERAPIA.	
5.1. APLICACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO.....	69
5.2. APLICACIÓN ARTETERAPÉUTICA EN DIFERENTES CONTEXTOS CLÍNICOS.	71
5.3.1. <i>Trastorno bipolar</i>	71
5.3.2. <i>En casos de violencia y agresividad</i>	72
5.3.3. <i>En pacientes con intento de suicidio</i>	72
5.3.4. <i>Desórdenes de la alimentación</i>	73
5.3.5 <i>Esquizofrenia y psicosis</i>	75
CAPÍTULO VI.....	78
CASO CLÍNICO	
6.1. DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.....	82
6.2. RESUMEN DEL ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.	115
6.3. CONCLUSIÓN CASO CLÍNICO.....	118
CONCLUSIONES.....	120
BIBLIOGRAFÍA.....	123

DEDICATORIAS.

A mi mamá Marcela Ramírez:

Por ser una de las mejores guerreras que conozco y que admiro, con tus enseñanzas me has guiado desde el inicio hasta este momento apoyándome de manera incondicional, además de darme el mejor regalo que se pueda dar, tener ideales propios para luchar contra la sociedad.

A mi asesora Clara Haydee Solís Ponce:

Por su dedicación, enseñanzas y paciencia en esta tesis que no fue fácil ante todas las complicaciones, pero que gracias a su apoyo se culmina esta etapa académica en que es un paso importante en mi vida.

Mi admiración como profesora, psicóloga, terapeuta pero sobre todo como amiga quien me otorgó la dicha de conocerla y por ser una de las mejores personas que he conocido.

Es de esas personas que con su ejemplo inspiran una constante revisión de los límites de la palabra "Imposible".

A mi papá Antonio Cosme:

Recuerdos de una bella infancia, por guiarme en los primeros trazos de mis dibujos que hoy se convirtieron en pinceladas disueltas.

A mi abuelita Enriqueta Silverio por ser mi ejemplo de mujer, de lucha, de sabiduría y de persona.

AGRADECIMIENTOS.

De sangre Azul y Oro se forja el conocimiento, por tener el honor de pertenecer a la UNAM.

A Tochtli Mateo: Quien iluminó mi alma de colores con su llegada, alivia mi alma y es mi elemento del país de las maravillas.

A mis tíos por su cariño Lourdes Ramírez, Estela Ramírez y Alfonso Ramírez.

A mis profesores que durante la carrera me transmitieron su conocimiento para crecer como profesionalista además del apoyo y paciencia desde el inicio a la culminación de esta tesis: Eduardo Contreras Ramírez y Esperanza Enríquez Cervantes.

A mis sinodales: Arturo Manrique y Vicente Cruz Silva.

A esas personas que aparecen por coincidencias en la vida en esta etapa, haciendo el mundo más c luciendo de colores y que jamás quieres que se disipen de este viaje onírico a mis amigas:

Katya González, Monserrat Paulina García, Alejandra Soto (Zaza), Jacqueline Romero (Maky), Diana León y Alma Campero.

A la influencia de 31 minutos que abrió mi creatividad y que ha sido el puente para conocer a tan magníficas personas y a apreciar las cosas sencillas que se vuelven complejas para mi personalidad, además de darme el sustento para poder titularme.

Colores e imágenes que nacen de mi alma en pinceladas, arte: sinónimo de mi lucha y transformación...

RESUMEN.

Arteterapia: es una herramienta terapéutica, donde se emplean recursos de las artes plásticas con objetivos terapéuticos, facilitando la expresión de los aspectos internos del paciente. Sin embargo en México se tiene una escasa difusión e información por lo que el presente trabajo tiene como objetivo describir cómo el uso del arte aplicado en un ámbito clínico tiene funciones terapéuticas para el paciente, además describe los principios teóricos que fundamentan el proceso terapéutico y se presenta el caso clínico donde se muestra la aplicación de la propuesta. Se analiza el caso de un paciente de sexo femenino que fue remitida de consulta externa del Hospital Psiquiátrico Ramón de la Fuente, el caso fue atendido en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud: Zaragoza (CUAZ-FES Z), se cubren los objetivos planteados además de que se concluye en ocho sesiones con una base empírica donde se pueden identificar las condiciones y necesidades que requiere esta forma de trabajo.

INTRODUCCIÓN.

Desde épocas antiguas la humanidad ha sido testigo de cómo nuestros ancestros atribuían propiedades terapéuticas a las pinturas y figuras modeladas encontradas en cavernas o en tumbas, de manera que todas estas manifestaciones simbólicas representan las primeras obras creativas, que desde entonces acompañaron al ser humano hasta la actualidad; se han ido encontrado entre culturas haciendo observable la evidencia de los lazos que la humanidad ha mantenido a través del lenguaje del arte junto con el papel que juega en la comunicación de conceptos universales.

Cuando se habla de Arteterapia, se hace referencia a la utilización de medios de expresión y comunicación diferentes del lenguaje verbal de la vida cotidiana, entendiendo en este sentido, se vale de símbolos y metáforas a través de actividades; el arte se utiliza como expresión de la potencialidad y realidad humana, pero también como herramienta alterna para comprender o para resolver dificultades. Una constante en la historia de la humanidad es la conexión entre arte y locura, por la representación de la locura a través del arte y por la utilización del arte en un contexto terapéutico hacia la locura. (Scanio, 2004)

Al hablar de arte las ligas directas son: teatro, la danza, la música, la poesía, la fotografía, etc., el presente trabajo hace énfasis en las artes visuales y sus diferentes técnicas plásticas como: pintura, dibujo y escultura.

La presente tesis que lleva por título: “El uso del Arteterapia como alternativa psicoterapéutica en el área clínica de la Psicología: un estudio de caso” tiene como objetivo demostrar como el uso del Arteterapia aplicado en un ámbito clínico tiene funciones terapéuticas.

En el capítulo I, “Arteterapia”, se presenta una descripción breve sobre la relación arte versus terapia la cual al conjugar estas dos praxis se llega a la conceptualización del Arteterapia, paulatinamente se desarrolla el origen histórico el cual se remontan desde la influencia del arte psicopatológico a un ámbito psiquiátrico, así como algunas influencias artísticas que contribuyeron a su aparición, consolidación y expansión, por último se da un panorama de algunas instituciones de Arteterapia en México.

El capítulo II, “Enfoques Clínicos en Arteterapia”, en primer se hace referencia a un enfoque psicoanalista, sus aportaciones del inconsciente y su acercamiento a las artes; se destaca la presencia de Carl Jung en segundo lugar desarrolla un enfoque humanista el cual da una perspectiva integral del ser humano al interior y exterior haciendo énfasis en la creatividad como parte fundamental del mismo. Por su parte el enfoque Gestáltico de Joseph Zinker, Fritz Perls y Natalie Roger hace énfasis en la expresión creativa. Y por último se desarrolla en enfoque Cognitivo conductual, el cual explica como la utilización de técnicas visuales sirven de agentes estimuladores para el refuerzo.

En el capítulo III, “Proceso Arteterapéutico”, se realiza una descripción de los elementos dentro del trabajo arte terapéutico como la importancia de la Relación Triangular (Paciente-Obra-terapeuta), se describe la organización y estructura de las intervenciones, la duración de las sesiones, se describen los elementos adecuados del espacio para un ambiente apropiado y por último se desarrolla la importancia de la decodificación de las obras.

En el capítulo IV, “Artes plásticas en Arteterapia: técnicas y materiales“, describe la manera de trabajar con distintas técnicas plásticas y materiales adecuándose a cada tipo de paciente, además de cómo estos se adecuan a cada tipo de paciente. Se describen las técnicas utilizadas en Arteterapia

(pintura, escultura, modelado de arcilla o plastilina y collages). Por último se desarrollan las funciones y beneficios que proporciona el arte desde un contexto terapéutico.

En el capítulo V, “Aplicaciones del Arteterapia“, se describe la aplicación en el ámbito clínico, para algunos problemas específicos como: trastorno bipolar, en cuestiones de violencia y agresividad, intento de suicidio, a desordenes de alimentación, esquizofrenia o la psicosis.

En el capítulo VI. “Estudio de caso“, se describe el procedimiento clínico que se siguió de una paciente de sexo femenino de 24 años de edad remitida del Psiquiátrico Ramón de la Fuente de consulta externa de la clínica de la FES Zaragoza, en un lapso de 3 meses dentro del cual hubo cambios favorables.

Finalmente se presentan las conclusiones generales a las que se llegó la presente tesis.

CAPÍTULO I.

ARTETERAPIA.

“Es difícil concebir los fenómenos artísticos sin influencia de las emociones”.

(Strogman)

Hablar de Arte en la práctica clínica de la Psicología resulta un tema poco abordado, es por ello que a través de este capítulo se hace una revisión teórica e histórica que permite apreciar la relación entre estos dos campos, seguido de la revisión de los conceptos para mayor entendimiento de esta praxis; posteriormente se describen las influencias psiquiátricas, artísticas y psicológicas; cómo a través de la historia esta praxis se ha ido desarrollando paulatinamente además de cómo se introdujo al campo de psicoterapia.

1.1. RELACIÓN ARTE & TERAPIA.

El arte, en sus más diversas expresiones es una actividad eminentemente social, que se presenta en la vida cotidiana del hombre, además de que es parte de la experiencia pública debido a que a través del arte se manifiesta la propia cultura; el arte es un rasgo propio de todas las sociedades, es una actividad pictórica muy antigua así como el hombre, por lo que a lo largo del tiempo ha simbolizado aspectos personales y culturales del desarrollo humano. El arte refleja y predice al mismo tiempo las tendencias internas de la persona que constituyen una forma de expresión personal de sus ideas, pensamientos, emociones, etc. (Polo, 2000)

La palabra Arte proviene de un antiguo vocablo de origen prehelénico “*artao*” que significa aquello que debe ser juntado, unido o bien “algo que une”. De este modo originalmente arte sería todo aquello que tiende a unificar partes separadas y en cierta forma ese es el trabajo del terapeuta. (Nosovsky, 2008) Respecto de lo anterior Kramer (1982), afirma que todo arte es terapéutico, ya que el artista se adapta a los métodos, de modo que el arte es reforzado por un pensamiento terapéutico el cual no es destruido ni debilitado por la adopción de conceptos que podrían ser incompatibles con las leyes internas de la creación artística, sin embargo la combinación de las palabras: “Arte” y “Terapia” suscitan una gran ambigüedad, debido a que supone la unión de dos praxis

que conllevan un amplio repertorio de conceptos como: artes visuales, procesos creativos, desarrollo humano, comportamiento, personalidad, salud mental, etc., lo cual hace difícil su comprensión o entendimiento respecto a la forma de aplicación en un entorno psicoterapéutico que no recibe la misma aceptación, a diferencia del Arte en un sentido “tradicional”, donde el objetivo principal consiste en producir y lograr una “buena obra”, lo cual significa que las consideraciones estéticas tienen una importancia primordial, en cambio el arte que se lleva a cabo en un entorno terapéutico con propósitos claros de tratamiento, lo más importante es el proceso de creación donde el arte es un recurso utilizado como medio de comunicación no verbal convirtiéndose como agente de cambio terapéutico. (Poch, 1999)

Es por ello que el carácter flexible e interdisciplinar del Arteterapia plantea una labor muy compleja a la hora de encontrar una concepción única sobre su significado con la integración de disciplinas en las que no solo entran en juego la Psiquiatría, la Psicoterapia y las Artes Visuales, sino que también por su función social y asistencial, la Psicología, la Sociología y las Ciencias de la Educación. (Llera y Guibert, 2000)

Para Jarreau y Paín (1995), el alcance del significado compuesto de esta disciplina *Arte versus Terapia* considera que en primer lugar el Arteterapia surgió a mitad del siglo XX, cuando la concepción académica del Arte ya había sufrido una fractura brutal causada por los movimientos vanguardistas que desplomaron su sentido tradicional, como “habilidad”, “talento” o “recreación de la belleza” diversificando su significado según las ideologías estéticas de ese momento. Así mismo Wood (1987), comenta que el “Arte” no es el vocablo más acertado para determinar lo elaborado en esta especialidad terapéutica, puesto que implica un juicio estético, cuya prioridad es el proceso de creación plástica y su relación con los procesos del individuo, más que los logros técnicos del producto realizado.

El paciente no hace obras de arte con un sentido estético ya que lo primordial es que encuentre un canal con el objetivo de que se logren expresar las emociones interiorizadas; sin embargo, Ulman y Levy (1981) concluyeron que las proyecciones espontáneas en la terapia artística no son propiamente Arte, sino fragmentos vitales de la materia prima por la cual el proceso artístico

evoluciona. Es por ello que el descubrimiento del arte como un medio de comunicación resulta una alternativa terapéutica de forma que a través de las imágenes se puede crear la claridad de expresión y de comunicación no verbal, Naumburg en 1958 observó que cuando los pacientes pintan experiencias interiores, con frecuencia sucedía una mejor articulación verbal, por lo que el uso de los medios artísticos y la presencia de las obras plásticas dentro de este encuadre terapéutico generó una serie de experiencias que convirtieron al Arteterapia en una alternativa terapéutica llena de posibilidades únicas, estableciendo diferencias existentes en comparación a las terapias con mediación verbal. (Dalley, 1987)

Por otra parte, cuando se habla de psicoterapia básicamente, se concibe que es un método dirigido a tratar trastornos psicofísicos originado por conflictos internos conscientes e inconscientes; esto exige por parte del paciente un compromiso voluntario y el deseo de establecer una relación terapéutica enmarcada dentro de un contrato que plantea obligaciones y restricciones. Esta relación se desarrolla durante un proceso en el tiempo donde el lenguaje interviene como modo preferente de comunicación en el cual mediante el arte se tiene una expresión que sirve de herramienta terapéutica, es así que dentro de todo proceso terapéutico, la capacidad de comunicar del ser humano es esencial y constituye una actividad fundamental debido a que la actividad artística proporciona un complemento máximo de comunicación. (Hernández, 2003)

Respecto de la psicoterapia, Klein (2006) remarca una diferenciación importante de la psicoterapia tradicional respecto del Arteterapia donde explica: que dentro de la psicoterapia clásica el terapeuta propone un “marco” (reglas de intervención que suponen y delimitaciones de un lugar y tiempo) en el que el paciente continua expresándose en primera persona, “aquí y ahora” y evocando una primera persona, “allí y antes”, para ello se examinan los síntomas junto con producciones complejas y espontáneas como vías de conocimiento del inconsciente gracias a un análisis que procede una descomplejización para buscar significados. Todo se desarrolla en una relación transferencial actual cuya evolución tiene una toma de conciencia que esto constituye la psicoterapia tradicional. En cambio a diferencia de la tradicional

versus Arteterapia, hace la comparación con lo antes ya mencionado donde su propuesta es pasar un discurso en primera persona (yo) a una producción en tercera persona (él) que por medio del lenguaje verbal o de otros lenguajes plásticos que están dentro de este marco terapéutico la persona elabora producciones complejas como hitos más o menos enigmáticos de su proceso personal y de diferentes maneras de representar sus conflictos, miedos y aspiraciones.

Dentro de las dimensiones más interesantes que el arte puede aportar a la terapia consiste en ofrecer un espacio reflexivo donde se indagan percepciones que construyen las creencias y se pueden reformular desde la creatividad a partir de la diversidad de los aspectos que los medios artísticos e imágenes pueden mostrarse en un contenido emocional y vivencial. (Klein, 2008)

El concepto de Arteterapia se centra en la creatividad que como factor común está presente en una persona que realiza Arte como aquella que es sometida en Terapia, en ambas la persona prueba su valor, voluntad, perseverancia, tolerancia ante la duda o cualquier angustia que le lleve a tomar decisión de desesperanza, es cuando el impulso creativo trata la resolución de problemas y el encuentro de nuevas soluciones a cuestiones obsoletas. Es por esta razón que la expresión artística junto con los procesos terapéuticos se complementa creando dicha conjunción de sus métodos y técnicas, de esta manera las herramientas suelen ser precisadas en los aspectos que conforman el concepto de Arteterapia donde se derivan las diferentes definiciones en el siguiente apartado.

1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ARTETERAPIA.

En párrafos anteriores se habló de la compleja relación entre el arte pero no se definió lo que implicaba esta conjunción, por lo que la búsqueda de comprender las definiciones fue establecida por la Asociación Británica de Terapeutas de Arte (B.A.A.T., 1969 por sus siglas en inglés) donde define el Arteterapia como:

“El Arteterapia es una forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos como su modo de comunicación primaria, los pacientes que se remiten a un arteterapeuta no necesitan tener habilidad artística, no se basa en hacer algo estético o en dar un valor diagnóstico de la imagen del paciente; el objetivo

global de su práctica es permitirle al paciente cambiar y crecer a nivel personal a través del uso de materiales creando arte en un ambiente seguro y facilitador". (p.17)

Por su parte la Asociación Americana de Arteterapia (A.A.T.A. por sus siglas en inglés, 1966) pone más énfasis en los beneficios terapéuticos que la persona experimenta en el proceso creativo reflejándolo en su concepto sobre el Arteterapia como: (A.A.T.A., 1966)

"Profesión que utiliza el proceso creativo de producir arte para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de los individuos de todas las edades. Se basa en la creencia de que el proceso creativo involucrado en la autoexpresión artística ayuda a las personas a resolver sus problemas y conflictos, además de que incrementa la autoestima, se logra una mejor autoconciencia y logra el Insight". (p. 28)

En la actualidad se pueden observar las fusiones de ambas propuestas en la mayoría de las definiciones ofrecidas por distintas asociaciones, tal es el caso de la definición que sostiene la Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (A.T.E. por sus siglas en inglés) la cual añadió criterios aportados por la B.A.A.T. (*British Association of Arts Therapist*), por la A.A.T.A. (*American Art Therapy Association*), por la FEAP (*Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia*) y por la ECArTE (*Consortio Europeo para la educación en arte terapia*), redefiniendo el Arteterapia como: (A.T.E., 2002)

"Es una profesión de ámbito asistencial que se caracteriza por el uso de medios y procesos artísticos para ayudar a contener y solventar los conflictos emocionales o psicológicos de las personas. En Arteterapia el proceso de creación artístico y los objetos resultantes actúan como intermediarios en la relación terapéutica, permitiendo que determinados sentimientos o emociones conflictivos encuentren una vía de expresión complementaria o alternativa a la palabra." (p.29)

A pesar de las diferencias en estas definiciones de Arteterapia, también hay similitudes puesto que las coincidencias parten de un rol mediador que son los medios artísticos y se reflejan en todas las definiciones que son de suma importancia para genera un encuadre generando experiencias que convierten el Arteterapia en una modalidad terapéutica.

Las definiciones presentadas contienen similitudes respecto de la prioridad en cuanto al uso de medios artísticos como recurso de expresión, cada concepto tiene importancia; sin embargo se ha elegido la definición de (Mendelson, 2005) dado que:

“Es una herramienta terapéutica que emplea recursos de las artes plásticas con objetivos terapéuticos; esta práctica resulta de la convergencia de las teorías de la psicología, de técnicas y conocimientos artísticos. El objetivo que la guía es utilizar herramientas que faciliten la expresión y la comunicación de los aspectos internos del individuo cuya verbalización resulta dificultosa”. (p. 2)

1.3. ORIGEN Y DESARROLLO HISTÓRICO.

En el presente apartado se dan a conocer los antecedentes históricos partiendo desde la influencia de la psiquiatría, así como de la influencia de corrientes artísticas hasta llegar a la consolidación del Arteterapia.

1.3.1. Influencias del Arte Psicopatológico desde un ámbito Psiquiátrico.

Dentro del periodo medieval se originó un retroceso del legado grecolatino por el oscurantismo y la superstición, la *locura* se presentó en dos facetas: la primera como manifestación sobrenatural donde el loco era considerado un endemoniado o como un fenómeno anormal y la segunda como un animal salvaje exhibido como fenómeno de feria, los tratamientos eran respecto a las ideas de ese tiempo; la caridad cristiana realizaba la práctica de exorcismos torturando a muchas personas con diferentes patologías mentales. Durante los siglos XV, XVI y XVII hubo miles de personas muertas a causa de las ideas de esa época, no obstante a pesar de esto, durante el Renacimiento se produjeron avances en el campo médico; Weyer defendió en 1593 la idea de que los llamados “fenómenos” eran personas enfermas que requerían de un tratamiento médico y no un tratamiento religioso. En siglo XIX, se dieron cambios importantes para tratar la alienación, se seguían poniendo a prueba métodos severos que iban desde la ingesta de productos químicos y vomitivos al fluido eléctrico, etc., sin embargo a pesar de estas ideas se dio un interés hacia las actividades artísticas como posibles remedios de las enfermedades mentales. (Rodríguez, 1972)

En los años de 1820 y 1893 se destacó una alianza entre artistas y médicos que fundaron un refugio para enfermos, desde estos años las actividades terapéuticas comenzaron a ser concebidas por los psiquiatras como medio para alejar a los enfermos de sus ideas fijas. El psiquiatra Jean Vinchon en su obra *“El arte y locura”* publicada 1824 propuso que las actividades artísticas en los hospitales servían como un método terapéutico.

A finales del siglo XIX las Ciencias de la Salud se empezaron a interesar por actividades artísticas de los enfermos mentales, muchos profesionales se acercaban a las obras de sus pacientes por el exorcismo, considerando las obras como patológicas, además consideraban que los “locos” eran una especie rara que manifestaba su alteridad en dibujos extraños. Fue así como se iniciaron a coleccionar obras, Benjamin Rush en 1800 fue uno de los primeros en iniciar estas colecciones, así mismo durante este tiempo, el interés de los psiquiatras hacia las actividades artísticas ampliaron nuevos enfoques que no solo se concibieron como método para mejorar la calidad de vida de los internos, sino también como un medio para esclarecer aspectos psicopatológicos, por lo que así las producciones plásticas de los alienados pasaron a formar parte de investigaciones psiquiátricas y comienzan a ser vistas con fines de diagnóstico.

El campo del arte junto a la psiquiatría, se conjugan y en ambos se tuvo un interés especial hacia los modos inconscientes, auténticos, impulsivos y no dogmáticos de representación, por lo que en un nivel más clínico surgió el auge del psicoanálisis el cual paralelamente interesado por las creaciones de los enfermos mentales.

Sigmund Freud, para finales del siglo. XIX y principios del siglos XX, tiene un acercamiento hacia el arte con una actitud de desciframiento que le permitieron llegar a conclusiones sobre una vida pulsional del artista, con el fin de comprender los elementos simbólicos a fines de sus vivencias infantiles disfrazados por las imágenes. A partir del psicoanálisis de Freud, se presentó la primera explicación teórica de la creatividad como forma de sublimación de los conflictos originada en un flujo de energía inconsciente, vinculada al mundo de los afecto. (Romo, 2005)

Por su parte el psicoanalista Carl Jung fomentó la producción artística como parte del proceso terapéutico, quien asumía que era más terapéutico que el paciente elaborará el significado de un sueño en vez de la interpretación del analista; posteriormente en la década de 1920 usó el arte como medio de tratamiento a sus clientes considerando las imágenes arquetípicas como huella de las vivencias primordiales.

Tras las esperanzas abiertas que dejó Freud sobre su teoría del inconsciente, las funciones del arte se vieron influenciadas por las revelaciones subjetivas entre lo que el artista posee en mente, siente y experimenta a través del contacto con el mundo y la sociedad en la que vive, así de manera simultánea la influencia psicoanalítica vinculó a los artistas con las producciones de los enfermos mentales, a partir de esto el llamado arte de los “locos” se convirtió en protagonista de numerosas manifestaciones que contribuyeron al estudio del arte psicopatológico. *Ver anexo 1*

1.3.2. Influencias desde la pintura al Arteterapia.

Al término de la primera Guerra Mundial la Europa sobreviviente se sentía abrazada por la muerte y la devastación; esto significó el comienzo de una serie de transformaciones que, inscritas en la nostalgia, provocaron en los artistas el deseo de re-vivir la existencia que les podría ser arrebatada de un momento a otro. A partir de una nueva forma de definir la realidad, y con la irrupción del psicoanálisis en el ámbito artístico y cultural, el Surrealismo: un estilo del siglo XX que se basaba en la idea de que las imágenes provenían del inconsciente, los surrealistas estaban interesados en las imágenes de los sueños y tenían la creencia que los sueños contenían significados que podían ser interpretados, concepto que Freud propuso en sus teorías. Artistas como Salvador Dalí y Marx Ernst incluyeron imágenes simbólicas en sus trabajos, buscaban crear arte con contenidos similares a las imágenes en los sueños, enfatizaban en la necesidad de ir más allá de la reproducción externa de la realidad con la finalidad de llevar a la luz el mundo interno, posteriormente el artista Jackson Pollock (quien estuvo bajo un psicoanálisis al mismo tiempo que sus famosas pinturas de gotas), usó un método de pintura llamado *automatismo psíquico* (ejercicio realizado desde la escritura y la pintura, por André Masson junto con Roberto Matta, el cual se caracterizaba de plasmar el

funcionamiento del inconsciente. El proceso se realizaba al dibujar o escribir alejados del control de la razón, el dictado que dirigía al inconsciente) para ayudar a expresar sus pensamientos internos e ideas en lienzos, este método envolvió la generación de imágenes de la mente inconsciente a través de la pintura, como muchos de sus contemporáneos, él estaba convencido de que el inconsciente jugaba un rol mayor en el arte.

Por otro lado el expresionismo: movimiento artístico el cual enfatizaba la representación de la emoción y por lo tanto también dejaba traslucir la exploración del mundo interno de los artistas, prueba de ello se encuentran los trabajos de Paul Gauguin así como en las obras de Vincent Van Gogh quienes son claramente expresionistas, debido a la carga emocional del uso del color, no obstante Wassily y Kandinsky junto con otros artistas utilizaron formas abstractas junto con colores puros para comunicar sentimientos y evocar reacciones emocionales de los observadores; Kandinsky en particular, exploró lo concerniente tanto a lo psicológico como a lo emocional a través del espontáneo dramático uso del color, líneas y formas, él creía que su trabajo reflejaba el libre fluir del pensamiento inconsciente, para él una obra era interpretada con la espontaneidad así como la del proceso de libre asociación; al mismo tiempo la asociación libre (proceso que permite a la consciencia el poder fluir de pensamiento a pensamiento, sin intención ni censura) estaba siendo investigada por Freud como un método clínico de entendimiento de la mente inconsciente del desarrollo humano. A su vez la psiquiatría intentaba entender los trabajos internos de la mente, los artistas también comenzaron a observar hacia el interior las imágenes de sus trabajos. (Malchiodi, 2003)

Otros artistas exploraron la espontaneidad de los “no artistas”; Jean Dubuffet es uno de muchos artistas quien tuvo que trabajar en el estilo del arte en bruto, o “arte inexperto”, el cual fue influenciado por el trabajo artístico de las colecciones de Prinzhorn y Mongenthaler, el cual comenzó a crear arte basado en el arte de los niños así como con personas que padecían enfermedades mentales, quienes observaron que la expresión creadora era un arte única y original si se valoraba de manera espontánea, desde esta perspectiva, se hizo previsible que el camino del arte comenzara a emprender hasta convertirse como un instrumento alternativo de aplicación terapéutica.

1.3.3. Consolidación del Arteterapia.

Décadas después de que en Europa surgiera el interés e inquietud por las creaciones artísticas de los enfermos mentales, en Estados Unidos y paralelamente en el Reino Unido se inicio a desarrollar la trayectoria del Arteterapia durante la década de los treinta hasta los años sesenta donde se comenzó a construir su autonomía disciplinar nutriéndose de una gran influencia y enfoques pero al mismo tiempo, se desvinculó progresivamente de su práctica de la educación artística así como de la terapia ocupacional y del papel reduccionista otorgado a las actividades plásticas. (López, 2009)

En Estados Unidos el Arteterapia tuvo origen principalmente de tradición psicoanalítica, sin embargo la expansión del psicoanálisis favoreció a que algunos artistas así como educadores como Florence Cane, Margaret Naumburg y Edith Kramer quienes se psicoanalizaron a la vez combinaron esta experiencia con sus habilidades pedagógicas junto con las artísticas, dicho contexto favoreció en la difusión de técnicas expresionistas y surrealistas con la emigración de muchos artistas que huían de la guerra se trasladaron el arte de Paris a Nueva York, esta fusión de ambas dieron paso a la aparición de Expresionismo Abstracto, con técnicas basadas en la gestualidad espontánea donde la acción pictórica adquirió un gran protagonismo. Esta Filosofía al mismo tiempo formó uno de los fundamentos esenciales del Arteterapia, así es como los rasgos de la creación plástica que adquirieron más importancia que el propio resultado. (Adorno, 1983)

Naumburg (1987 en Coll, 2006) comenzó su lucha por conseguir que el Arteterapia se considerase una profesión independiente de la psicoterapia sin embargo solo logro sacar del anonimato la práctica del Arteterapéutica gracias a la presencia de sus trabajos en varios congresos de psiquiatría celebrados en diversos estados americanos.

Por otro lado, Kramer (1982) emprendió un camino similar manifestando sus intereses por distinguir la independencia entre el uso del arte en psicoterapia y Arteterapia. Su itinerario comenzó en Praga durante los años treinta donde impartió clases de expresión plástica a niños refugiados de la Alemania nazi, su experiencia con los niños traumatizados por las vivencias prebélicas le

mostraron el valor terapéutico de las actividades plásticas, en 1938 se trasladó a Nueva York, donde comenzó a trabajar en casas de acogida donde reafirmó sus teorías centradas en la importancia de un proceso creativo generado a partir de actividades plásticas como principal agente terapéutico y rehabilitador; en su primer libro, "Terapia a través del arte en una comunidad infantil", expone las bases teórico-prácticas de su trabajo en Wiltwyck School, entre 1951 y 1958. Esta obra dio como resultados el inicio y la difusión de un enfoque diferente al de Naumburg, pero con objetivos parecidos en cuanto a la necesidad de considerar la autonomía de Arteterapia como una práctica independiente, la cual, desde su perspectiva podría funcionar como complemento de cualquier psicoterapia, pero sin ser reemplazada por la misma, considerando que era una forma diferente de la psicoterapia, sus potenciales saludables dependen de los procesos psicológicos que son activados en el trabajo creativo por lo que respecto del uso arteterapéutico ella lo consideró como: una *herramienta primordial para sostener el ego y reforzar la sensación de identidad a través de procesos de sublimación*.

La consideración del arte como tratamiento terapéutico, comenzó dentro de los hospitales tras la Segunda Guerra Mundial así como la influencia del psicoanálisis y sus diversas funciones fueron adquiriendo las actividades artísticas a lo largo de la historia: trascendencia, ocio, entretenimiento, diagnóstico, catarsis, sublimación, expresión, comunicación, etc., que dotan finalmente a que las producciones realizadas en entornos psiquiátricos de un rasgo psicoterapéutico, el cual culminó en la década de 1930-1940 con el nacimiento formal del Arteterapia con Naumburg y simultáneamente en Inglaterra con Hill.

Adrian Hill un artista que en 1938 ingresó por tuberculosis en el hospital King Edward VII Sanatorium, en Midhurst decidió pintar para superar su enfermedad y aburrimiento, Hill entonces experimentó los beneficios que la pintura aportaba por lo que decidió compartirlos con otros pacientes ingresados utilizando principalmente la pintura y dibujo como medio para proyectar las escenas de la guerra; Hill observó que a través de los medios plásticos, los soldados heridos no solo proyectaban sus vivencias temáticas, sino que también conseguían hablar sobre el sufrimiento que experimentaron en las

trincheras, los temores causados por esta enfermedad y muerte fueron consecuencias de la guerra, sin embargo observó que al mismo tiempo las actividades lograban causarles distracción y calmaban la ansiedad, además de que fue el primer autor que acuñó el término Arteterapia en 1942 para designar a las actividades artísticas realizadas con objetivos terapéuticos; a partir de la experiencia hospitalaria compartida con los soldados publicó dos obras que abrirían el camino del Arteterapia en Inglaterra: “*Arte contra enfermedad*” en 1945 y “*Pintando la enfermedad*” en 1951. El crecimiento del Arteterapia como disciplina no fue tan rápido en el Reino Unido como en Estados Unidos. Waller (2007), pensaba que la presión política y económica de esa época en Gran Bretaña, complicó durante los primeros años de consolidación su desarrollo profesional y puesta en marcha de programas de formación de arteterapeutas. A pesar de las dificultades, tras Adrian Hill surgieron experiencias similares que dieron inicio del uso de arte como herramienta en la terapia. En 1949, Adrián Hill dirigió el Comité de Terapia Artística creado por el consejo Directivo de Hospitales Regionales Metropolitanos del Sudeste de Londres. Una de sus primeras actuaciones fue el descubrimiento de la aplicación de la terapia artística, a través de un cuestionario enviado a los principales hospitales generales y psiquiátricos de dicha zona. Los resultados evidenciaron que la terapia artística se utilizaba con tres finalidades diferentes:

- En los sanatorios, con pacientes internos durante un periodo extenso el cual se usaba como actividad recreativa.
- En los psiquiátricos, se combinaba la terapia artística en colaboración con los psicólogos o psicoterapeutas para diagnosticar o realizar la técnica psicoanalítica de *Libre Asociación*.
- En los hospitales, se emplean con propósitos catárticos.

Durante el ambiente revolucionario de los años 60 hasta finales de los 70 se generó una serie de acontecimientos históricos que favorecieron la expansión del Arteterapia desde sus múltiples perspectivas, dentro del ámbito clínico de la psicología se experimentó una gran expansión, la psicoterapia quienes la aplicaban los médicos psiquiatras pasó a ser campo de trabajo de los psicólogos, por lo que se difundieron diversas orientaciones

psicoterapéuticas destinadas a las personas con algún tipo de enfermedad física y mental. (Alcaide, 2000)

Ante un contexto histórico tan prolifero, el Arteterapia empezó a tomar una posición cada vez más estable de acuerdo a Castillo (2007), así aparecieron las primeras asociaciones a nivel nacional: Asociación Americana de Arte Terapia, (A.A.T.A.) en 1969 con la colaboración de Don Jones y Robert Ault. A su vez en Inglaterra se constituyó la primera asociación de Arte terapia, British Association of Art Therapist (B.A.A.T), en 1964, simultáneamente en Francia se estableció la Sociedad Francesa de Psicopatología de la Expresión.

Después de largas negociaciones, en 1980 EEUU, Inglaterra y la Asociación Británica de Arte (BAAT) logró conseguir la institucionalización profesional del Arteterapia, por parte del Ministerio de Sanidad y Seguridad social, independizándose de la Terapia Ocupacional, esto favoreció a la difusión y desarrollo del Arteterapia donde se expandieron más asociaciones que en la actualidad están presentes. *Ver anexo 2*

1.4. PRESENCIA DEL ARTETERAPIA EN MÉXICO.

Este trabajo es pionero en la investigación de Arteterapia, la bibliografía encontrada fue escasa a nivel teórico como en términos de la praxis, es importante enfatizar que actualmente no hay información precisa sobre el desarrollo del Arteterapia en México lo que hace que la presencia sea escasa y se tengan datos históricos mínimos, por lo que en el presente apartado se mencionan instituciones académicas que han utilizado esta praxis.

México ha sido uno de los países punteros en Latinoamérica en musicoterapia sin embargo, no se ha institucionalizado la enseñanza del Arteterapia, no obstante se encuentran profesionales que trabajan dentro de esta área; ejemplo de ello la Universidad Nacional Autónoma de Nuevo León donde se imparten talleres de Arteterapia especialmente para personas de educación especial. (Castillo, 2007)

En 1998 es fundado el *Centro Integral de Terapia de Arte (CITA)* fundado por Glenda Nosovsky, donde se desarrollo el primer entrenamiento de terapia de

arte el cual es reconocido por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde actualmente se imparte el diplomado de “Arteterapia”.

En términos de formación el Arteterapia se ha incorporado a la curricula de la carrera de psicología dentro de la Universidad Iberoamericana (UIA) en su Campus Santa Fe con una materia denominada “Psicología Aplicada a las expresiones artísticas” que consiste en un pensamiento creativo para la comprensión del arte como proceso de una creación humana, donde se puede observar un ligero acercamiento a la técnica del arte posiblemente con la intención de llegar a tener un futuro profesionista preparados para llevar a cabo rehabilitaciones y/o terapias con arte como una nueva alternativa. (López, 2006)

Respecto a la práctica clínica el consejo Nacional para la Cultura y las Artes creado en 1996 abrió un programa “Hospitalarte”, el cual se ha convertido en una prioridad de Alas y Raíces a los niños, puesto que los organizadores consideran que el arte es un elemento que favorece en la rehabilitación y ayuda a brindar una mejor calidad de vida para los infantes hospitalizados en los siguientes centros: el Centro Médico Nacional Siglo XXI, así como en el hospital de la Raza, en el Instituto Nacional de Pediatría, el Hospital Infantil Federico Gómez, el Hospital General de México, el Hospital Gea González y Casa de la Sal. El Programa Hospitalarte ha ampliado su espectro de acción y número de actividades. En la ciudad de México se realizaron 434 actividades artísticas, que se llevaron a 9 mil 983 niños. En los estados de Chihuahua, Coahuila, Colima, Nuevo León, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Jalisco, Guanajuato, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas se atendieron a 29 mil 923 pequeños con mil 126 actividades. (Conaculta, 2009)

CAPÍTULO II.

ENFOQUES CLÍNICOS EN ARTETERAPIA.

“Existe un camino de regreso que lleva de la fantasía a la realidad: es el arte.”

(Sigmund Freud)

El Arteterapia como técnica cobra importancia por sí misma, se distingue de las terapias ocupacionales, esta importancia práctica también es teórica y una prueba de ello es que no es un tema ajeno de estudio y análisis en la psicología. En este capítulo se expondrá como conciben los enfoques el Arteterapia y como la utilizan como una técnica terapéutica.

2.1. ENFOQUE PSICOANALÍTICO.

En el capítulo anterior se expuso la relación de la psicología y la pintura como ventana de expresión en donde el concepto del inconsciente acuñado por Freud fue la pauta que abrió el paso a una revolución de ideas antiguas dándole al arte una nueva dirección utilizándola como una liberación de conflictos emocionales.

Dentro del psicoanálisis el modelo estructural de la mente desarrollado por Freud entre 1923 y 1939 contribuyó a la reelaboración de los métodos arteterapéuticos; esta revisión del modelo se sustenta en la interacción de tres sistemas que regulan la conducta de la persona: el “*Ello*”, parte más primitiva, regida por el principio del placer, el “*Superyó*”, representación interiorizada de la autoridad, en un principio de los padres y después de los valores de la sociedad el “*Yo*”, que es la parte que lleva a la persona a acciones realistas basándose en lo que ocurre en el mundo con una fidelidad al principio de la realidad. Respecto a este modelo estructural, en la práctica arteterapéutica se pretende reforzar en el individuo el “*Yo*” así como equilibrar las pugnas o rivalidades entre las demandas instintivas del “*Ello*” así como las exigencias del mundo externo y los requerimientos del “*Superyó*”. El “*Yo*” se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico que el Arteterapia recoge en su intención por fomentar su solidez y a su vez la flexibilidad ante las presiones de estas dos

fuerzas; la solidez del Yo esta siempre amenazada por las pulsiones sexuales y agresivas. (López, 2009)

Otro aspecto importante de la teoría de Freud que partió de la idea de que los sueños pueden ser una vía directa a las actividades inconscientes de la mente, por lo que observó que estos podían explorar zonas profundas de la psique cuya información no se lograba procesar conscientemente, a partir de esto descifró el *contenido latente*, el cual se podía transformar en *contenido manifiesto* mediante una elaboración del sueño, siendo capaz de codificarlo de forma lógica el material inconsciente y llevarlo así a la consciencia, por esta razón el contenido manifiesto suele ser la representación distorsionada de un contenido latente, tiempo después decidió recurrir a la *Asociación Libre*, que consiste en dar a los pacientes la oportunidad de poder expresar sentimientos, fantasías, o cualquier producción espontanea. Es entonces cuando las imágenes oníricas comenzaron a simbolizar para Freud construcciones de deseos insatisfechos tras las imágenes disfrazadas, así con esta técnica el terapeuta pretende despertar las representaciones sustitutivas de cada imagen onírica.

Una similitud de la creación artística con los sueños, es que conlleva un análisis de fenómenos de la creación de imágenes en Arteterapia bajo parámetros del psicoanálisis de Freud, quien supuso una base de la creación poética, así como la de los sueños y de las fantasías en las cuales se encuentran deseos insatisfechos, con frecuencia aquellos que avergüenzan y que se han de ocultar dentro de nosotros mismos reprimiéndolos o desplazándolos al inconsciente. Según el psicoanálisis, la vida anímica está dominada por el sistema inconsciente, con el área psíquica con deseos e impulsos propios, principalmente sexuales, que tienen formas de expresión y mecanismos especiales, es por ello que el psicoanálisis trata de hacer consciente lo inconsciente para la cura de los síntomas que presenta la persona. En este sentido, el mecanismo de acción del arte evoca totalmente el mecanismo de la fantasía que se ve excitada habitualmente por una vivencia auténtica, la cual despierta en el poeta el recuerdo de un suceso anterior, pereciente casi siempre a su infancia partiendo entonces del deseo que crea satisfacción en la obra poética; la poesía, así como el sueño diurno es la

continuación de los juegos infantiles, en este modo la obra de arte es la vida real de lo que no llegó a realizarse. (Polo, 2003)

Sara Kofman (1973) citó a Freud donde estableció una similitud de procedimientos entre el arte y el sueño: la utilización de símbolos, donde ellos son considerados dialectos diferentes que comparten procesos de expresión donde la consideración de que la *figurabilidad* es fundamental, otra de las características que comparten el sueño y el arte es un enigma figurativo en donde al realizar una obra de arte actúan los procesos primarios de manera deliberada así como el inconsciente, hace que la obra de modelo teórico se convierta a su vez en un objeto de investigación del terapeuta junto con la interpretación arteterapéutica psicoanalítica donde se basa en el método de la interpretación de los sueños utilizando el lenguaje visual y el simbólico.

Existen ciertos mecanismos psicológicos análogos tanto en las imágenes oníricas como en los productos plástico-visuales, que permiten pasar a través de la censura y expresarse como contenido manifiesto sin provocar en la persona sentimientos de ansiedad o angustia; según López (2009) son:

- *Condensación*: proceso de metaforización; características de dos o más imágenes o conceptos dispares del contenido latente que aparecen concentradas se unen en una sola imagen, concepto y emergen al contenido manifiesto como única representación. Esto evoca asociaciones significativas, asimismo es una traducción que se abrevia al contenido latente. Este aspecto es de sumo interés dentro del encuadre terapéutico si se concibe la lectura de las obras plásticas desde “la visualización y la condensación de experiencias personales o culturales”.
- *Desplazamiento*: Sucede cuando el deseo inconsciente se oculta, deslizándose hacia otras representaciones fuera de su contexto habitual. El acento emocional recae en otras imágenes o representaciones, está independencia entre emoción y representación explicaría la formación de los síntomas, los símbolos junto con las sustituciones en el tránsito de lo latente a lo manifiesto. Los medios y técnicas artísticos son canales donde se pueden

desviar las emociones de forma satisfactoria además de impulsos destructivos; el producto artístico ayuda a proyectar deseos, emociones o acciones que se quieren evitar o no se consiguen integrar.

- *La figurabilidad:* En esta operación, los desplazamientos se sustituyen por imágenes, los pensamientos del sueño expresan mediante imágenes concretas, sin tener en cuenta si su transformación es racional o no; en la percepción y realización de las obras visuales no es necesario buscar una lógica racional que sucede como en el discurso verbal, esto amplía el campo exploratorio en experiencias arteterapéuticas ya que no todo es expresable a través de palabras.

El conocimiento y atención sobre dichos mecanismos de simbolización no solo pueden resultar útiles para el psicoanalista sino también para el arteterapeuta, por tanto el análisis de los sueños así como la realización de un producto artístico ayudan al entendimiento de la transformación de un contenido latente en contenido manifiesto y develar sus aspectos significativos que solo las imágenes llegan a aportar. (Birtchnell, 1987) (en Dalley, 1987)

Cuando un sueño es contado a través del lenguaje plástico el poder evocativo de las imágenes y del contacto con los materiales plásticos durante el proceso, se aproxima al contenido latente de las imágenes que olvidamos al despertar, además de que una vez terminada la obra plástica se abre un espacio de reflexión en torno al contenido surgiendo información valiosa para la terapia. La actividad artística proporciona una expresión inconsciente al mismo tiempo que puede utilizarse como valioso agente de cambio terapéutico. (Dalley, 1987)

La noción de inconsciente es básica en la experiencia arteterapéutica pues se manifiesta dentro del proceso creativo durante la realización de la obra plástica en el encuentro con los materiales artísticos, el trabajo se desenvuelve claramente desde dos planos: el real y el ficticio, lo conocido y lo desconocido de uno mismo. (Zurbano, 2007)

Margaret Naumburg y Edith Kramer fueron las primeras arte terapeutas que basaron su metodología de trabajo en teorías freudianas; Naunmburg concretó

dentro de sus investigaciones introducir las fuerzas inconscientes a la conciencia, hasta llegar al *Insigth* mediante las imágenes plásticas creadas por niños y adolescentes con problemas emocionales. Naunburg fue la primera autora que consiguió unificar arte mediante la psicoterapia analítica a partir de su método *Dynamically in Therapy*, marcando con ello el comienzo del Arteterapia en E.E.U.U. Naunburg comprobó que su método establecía un camino donde tenía el poder de disminuir las problemáticas mediante las pinturas o dibujos espontáneos plasmando las imágenes procedentes del inconsciente y animar así la libre asociación de ideas de forma menos invasiva. Los contenidos reprimidos se proyectaban con las imágenes convirtiéndose en un medio privilegiado con doble función: primero de manera catártica y segunda de una manera comunicativa; esto a su vez enfatizó el valor del arte como discurso simbólico que emana directamente del inconsciente animado y apreciado desde el poder de los productos plástico-visuales. A esto Naunburg concluyó que “A través del uso de la expresión grafica o plástica, aquellas personas que se sienten bloqueadas pueden empezar a poner palabras para explicar sus producciones”. (Naunburg, 1987)

En el caso de Edith Kramer, ella enfatizó el proceso de sublimación que puede suceder en la realización de actividades artísticas como una forma de dominar las *fuerzas yoicas* de cada individuo. (Marxen, 2011)

La Sublimación, es un proceso en el cual le es negada su gratificación directa, la canalización de la energía instintiva que no se consume en la gratificación inmediata es reorientada o desplazada hacia la conciencia utilizando la realización de obras artísticas y acciones que favorecen el desarrollo de las personas. Respecto a esto Ana Freud en 1975, afirma que las actividades sublimatorias son esenciales en la adaptación social además de que aun es más importante la capacidad que el “Yo” tiene para aceptar gratificaciones sustantivas debido a que disminuye la presión de los instintos, ofreciendo protección contra la aparición de síntomas. (Zurbano, 2007)

Así mismo Hensell (1987) afirmó que el pensamiento reprimido y las emociones que acompañan a las personas que se expresan de manera patológica, su formación de síntomas expresados a través de manera creativa ocurren en la sublimación.

Nucho (2003) por su lado concluyó que el modelo psicoanalítico en Arteterapia destaca que la función del arte equilibra los conflictos ya que permite la gratificación al momento de expresar los deseos socialmente prohibidos e inaceptados, es decir, en un acto propio de sublimación.

Por otro lado dentro de la dinámica arteterapéutica otro de los conceptos que se retoman del psicoanálisis es el concepto de transferencia como el resultado de la relación terapeuta-paciente; a través de la transferencia el paciente proyecta en el terapeuta los mismos comportamientos que suele dirigir hacia otras personas que son o fueron importantes en la vida, esta experimentación de los conflictos de las personas, desplazados sobre el analista ayudan a darse cuenta de las reacciones con los demás. Dentro de la terapia artística los elementos de la transferencia clásica, las proyecciones del mundo interior de la persona sobre el terapeuta dentro de la obra, la solución aparece dentro de la realización de la misma, es así cuando aparece una delimitación entre la técnica psicoanalítica con la Arteterapéutica. La imagen habla por sí misma y la imagen en definitiva habla de un inconsciente. (López, 2009)

Respecto a lo anterior Etchegoyen (1999) mencionó que la transferencia se sitúa entre la repetición de un elemento del pasado y la resistencia a la emergencia del inconsciente. El análisis o el manejo adecuado de ambos aspectos proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia.

Levick (1983), en cuanto a esta orientación dinámica resaltó que la meta consiste en permitir la relación de la transferencia para desarrollar asociaciones de los pacientes a través de los dibujos espontáneos donde los conflictos psíquicos son externalizados. Asimismo una de las funciones principales de los arteterapeutas que aplican el enfoque psicoanalítico, es ayudar al paciente a relacionar sus síntomas actuales con aquellos conflictos inconscientes a través de la mediación plástica que ayuda a la facilitación o comprensión del contenido inconsciente proyectado en una creación artística, al utilizar un lenguaje visual y simbólico como el que encontramos en sueños, en los pensamientos, en los sentimientos, etc., se encuentran en su más completa expresión a través modalidades simbólicas, metafóricas o no discursivas. En el arte en dicha unidad adquiere su máxima cohesión y se vuelve “evidente”, tomando consciencia de los bloqueos inconscientes con la posibilidad de

racionalizarlos de forma más realista, de este modo la persona logra tomar darse cuenta de aquellos deseos o conflictos internos adquiriendo un mayor conocimiento de sí mismo, por lo que consecuentemente el “Yo” es fortalecido. (Hensell, 1987)

Dentro de los objetivos más destacables en el arte terapia de base psicoanalítica suele observarse como los conocimientos de defensa surgen en el proceso de realización de la obra plástica, dada la inmediatez que el lenguaje plástico brinda a la hora de expresar el material inconsciente. Los terapeutas que utilizan un enfoque psicoanalítico estimulan la expresión pictórica de la experiencia interior. Se considera que el arte es un proceso de espontánea creación de imágenes, libradas por el inconsciente. (Dalley, 1987)

Dentro de un concepto de objetos o recursos visuales mediadores en la relación arte terapéutica que han tratado en el psicoanálisis con niños pequeños y con personas adultas, el lenguaje verbal llegó a resultar inaccesible o insuficiente por lo que muchos psicoanalistas han utilizado mediadores no verbales con aspectos lúdicos en el análisis con niños mediante juguetes, dibujos, pasta para modelar, juegos, etc., este uso espontáneo a través de objetos y materiales supuso un camino análogo respecto a la técnica de la “*Libre Asociación*”, a través de esto se ha logrado el acceso a la comprensión de la expresión simbólica, por lo que expresa que es una futura técnica de ayuda que además del uso de sueños y ensoñaciones lo que empieza a matizarse es el dibujo. Después de esto, se empezó a tener la creencia de que el conflicto interior inspira las realizaciones artísticas, es cuando la aplicación del dibujo se toma como la sustitución de la asociación libre o de juego. Marion Milner incorporó el dibujo junto con el modelado de arcilla como elementos intermedios entre la representación y figuración donde tenía la creencia que era de gran aportación ya que se transmitían conflictos o situaciones de la persona.

El uso continuo de los medios artísticos ayuda a percibir las defensas contra las presiones destructivas del Ello, al desarrollar la capacidad expresiva y creativa del individuo fortaleciendo de esta manera las funciones del Yo. A medida que el proceso *yoico* avanza la persona se relaciona cada vez mejor consigo mismo y con el entorno. (López, 2009)

Una diferencia importante entre los métodos psicoanalíticos y el Arteterapia consiste en que el psicoanalista interpreta los contenidos simbólicos por lo que el arte terapeuta deja que el cliente descubra el significado de su obra.

Dentro del enfoque psicoanalítico, la terapia analítica de Jung se caracterizó por su matiz místico espiritual, centró sus teorías en la integración de la psicología con diversas disciplinas como la etnología, la antropología, la historia, la literatura, la teosofía, etc., a los que derivaron en la psicología analítica, sus cimientos se construyeron a partir de la concepción sobre el inconsciente personal, el inconsciente colectivo, los arquetipos y el proceso de individuación, dichas investigaciones se enfocaron en la observación de sus pacientes mediante representaciones simbólicas colectivas; Jung manifestó que lo psíquico es un proceso de evolución en su obra, "*Transformaciones y símbolos de la libido*" publicada en 1912, él junto con sus seguidores no otorgaban importancia a las funciones del *principio del placer* y *principio de la realidad* por lo que se enfocó más en la expresión de las funciones psíquicas vitales, no se orientó en la parte de la sexualidad. Este análisis comprendió aspectos reprimidos o experiencias olvidadas de carácter subjetivo a los que solo se podía acceder a través de, símbolos que son las imágenes de situaciones mentales que contienen una carga emocional muy fuerte.

Los *complejos* dentro de la teoría jungiana son imágenes de situaciones mentales que contienen una carga emocional que obstaculiza la voluntad junto con las intenciones conscientes produciendo alteraciones y bloqueos en la energía psíquica. (Jung, 1964)

A su vez Furth (1992) destacó la importancia de las obras plásticas como elementos detectores de complejos o de energía estancada, este análisis de dichos complejos suponía la movilización de la energía la cual al hacerse consciente se daban cambios notorios de crecimiento y desarrollo.

Dentro de la perspectiva jungiana, otorga gran importancia a la existencia del consciente colectivo, región más profunda de la mente y origen de toda la energía psíquica como parte básica de la libido transmitida generacionalmente desde los orígenes de la humanidad, a través del arte, los mitos y rituales religiosos de todas las culturas. Esto se compone de imágenes arquetípicas

que forman parte de la vida psíquica, fuente global de la imaginación creadora, por lo tanto contiene emociones, conocimientos, actitudes y aptitudes creativas inconscientes que son innatas. Los arquetipos son los principales componentes del inconsciente colectivo, por lo que Jung los definió en 1936 como la existencia de formas definidas en la psique las cuales se presentan siempre en cada lugar. (León, 2007)

Por otra parte Jacobi (1980), definió los arquetipos como campos de energía, cuando obtienen ser material inconsciente mediante ciertas experiencias como la expresión artística enriquecen el inconsciente personal, liberándolo de las falsas defensas de la persona, guiando al individuo hacia su esencia espiritual.

La base terapéutica del análisis jungiano radica en llegar al contacto consciente de los complejos del inconsciente personal, al descubrimiento de las imágenes arquetípicas con la finalidad de fomentar los procesos creativos y mantener la conexión con nuestras raíces.

Desde el punto de vista de la psicología analítica, el acceso directo al contenido inconsciente puede alcanzarse y ser manifestado por medio de las artes, escultura, poesía, danza, música, etc. Sin embargo el lenguaje plástico-visual se convirtió en alternativa para dar forma a lo que no tiene explicación, Jung al utilizar la pintura como comprensión de sus sueños se percató de las cualidades que contenía el lenguaje plástico por lo que integró el dibujo, la pintura y el modelado con sus pacientes durante el proceso terapéutico sin importarle la habilidad artística, además de que reafirmó que el uso de las artes plásticas no solo servían en un análisis infantil, sino también con las personas adultas. (Castillo, 2003)

La arteterapeuta jungiana Wallace en 1987 concluyó que las imágenes establecen un diálogo en la parte inconsciente y consciente facilitando la comunicación en los procesos arteterapéuticos, donde la imagen se puede expresar con palabras como paso intermedio a un entendimiento consciente de un mensaje. (Dalley, 1987)

Otro aspecto importante de esta perspectiva sobre el uso de las artes visuales consistió en una puesta en marcha de las 4 funciones psíquicas básicas: sentimiento, pensamiento, intuición y sensación donde se activan y a la vez se

mezclan durante el proceso de una actividad artística lo que esto contribuye a un fomento de fluidez de la energía mental compuesto por estos cuatro funciones orientados al principio de individuación. Jung le acuñó notable importancia al proceso de individuación, donde se daba un crecimiento personal donde el paciente participaba conscientemente; según él, un proceso de individuación efectivo, era el acuerdo consciente con el mundo interior que este se ve reflejado en las obras de arte que tienen un carácter inconsciente y un desarrollo consciente. (Quiroga, 2010)

El Arteterapia de enfoque jungiano concentra el uso espontáneo de los medios artísticos como una herramienta básica para el análisis de un contenido simbólico que es plasmado en las imágenes visuales realizadas por la persona que sirven de uso terapéutico, así mismo no solo es utilizada para descubrir dificultades sino también para enriquecer y desarrollar las posibilidades de cada persona. (López, 2009)

Las imágenes simbólicas son cargadas de energía psíquica como un reflejo del lenguaje inconsciente es por eso que la escuela jungiana considera el significado inmediato de las imágenes ya que se expresa de forma diferente, además de que destacó la importancia de las manifestaciones simbólicas en las obras plásticas como elementos que detectan complejos, el hecho de proceder del análisis de dichos complejos por parte del arteterapeuta supone una movilización de energía que al hacerse consciente empieza a trazar el camino hacia el crecimiento y desarrollo. Así mismo, las imágenes simbólicas son concebidas como entidades propias cargadas de energía psíquica en continuo movimiento, reflejan el lenguaje inconsciente tal cual acontece en la mente, los jungianos consideran el significado inmediato de las imágenes como algo complejo puesto que es expresado mediante un lenguaje distinto, caracterizado de símbolos. (Zurbano, 2007)

Respecto de la intervención Arteterapéutica se trabaja respecto del símbolo, sin que las interpretaciones lleguen a reducirlo, es por ello que la comprensión del trabajo con imágenes simbólicas se hace imprescindible la comunicación visual de sus elementos como el color, equilibrio, la regularidad, simetría junto con todo aquello que ayude a la articulación de estados afectivos del paciente que realiza la obra.

Es importante también dentro de esta orientación, el valor de las técnicas utilizadas en el encuadre terapéutico, ya que son concebidas como instrumentos que convierten la energía mental (sentimientos, emociones, sueños, deseos, fantasías, conflictos, etc.), en gestos tangibles que transforman lo interno de uno mismo en algo valioso facilitando la comunicación.

Entre las técnicas más aplicadas de Jung (1974), encuentra la *“Imaginación Activa”*, su aplicación consiste en la concentración de una imagen sugerida por un sueño o de manera espontánea sin proponer un tema como punto de partida, a esto Jung tenía la creencia de que las imágenes son activas por sí mismas. Para los jungianos las imágenes son de suma relevancia, dado que se pueden observar los elementos más significativos de la obra y se pueden volver a representar con cualquier otra técnica o material artístico en busca de nuevas asociaciones. Esta técnica junto con la asociación libre de Freud se complementa a la hora de promover con la finalidad de potencializar la creatividad, para lograr la integración intermedia entre el inconsciente y consciente. Otra de las aportaciones gracias a la diversidad de símbolos universales que suelen aparecer en las obras plásticas; Jung profundizó sobre el símbolo del *mándala*; un *mándala* es un término de origen sánscrito que significa círculo sagrado, básicamente es un diagrama, un gráfico o un dibujo geométrico que representa el cosmos o el universo. El círculo o la esfera, se manifiestan como símbolo del *"sí-mismo"*, expresando la totalidad de la psique en todos sus aspectos, incluida la relación entre el hombre y el conjunto con la naturaleza, al mismo tiempo puede simbolizar el *"yo"* como un microcosmos del universo, Jung durante la Primera Guerra Mundial, siendo comandante de un campamento de prisioneros en Suiza, dibujó *mándalas* donde según el reflejaba su estado de ánimo interno, considerándolos como una radiografía de su psique o como una *"representación del yo inconsciente"*, así tras la elaboración paulatina fue observando cambios sutiles en su crecimiento personal, tras esto concluyó que esta práctica le permitía acceder a las imágenes así como a la energía de su inconsciente, tras sus estudios que realizó posteriormente les pidió a sus pacientes que dibujaran y colorearan *mándalas*.

En cuanto a su elaboración confluyen tres factores: lo que se ha pensado, lo que se ha hecho y lo que se ha imaginado y recordado. El resultado de esta elaboración obedece a un modo de responder con la imaginación al impacto de la perturbación de la vida cotidiana. Se trasciende a un escenario de respuesta vital con la reelaboración de lo que se percibe en forma de imágenes oníricas. (Mejía, 1998)

Los mándalas evocan recuerdos y deseos reprimidos, preocupaciones presentes y esperanzas y temores futuros. Representaban todos los aspectos de la persona, es decir, encerraban el pasado, el presente y el futuro en un entorno de curación. La “interpretación” de los diseños ayuda a diagnosticar problemas emocionales y psicológicos, del mismo modo, la actividad de dibujar y colorear resulta terapéutica para los pacientes permitiendo desarrollar la plenitud y la integración. Ha tenido especial interés por la estructura del mándala, esta actividad es muy común en el campo del Arteterapia.

2.2. ENFOQUE HUMANISTA.

Dentro de este enfoque el ser humano es concebido desde una perspectiva holística; la personalidad se concibe como un sistema organizado diferente y peculiar en cada persona, además de que está en continuo desarrollo, dichos elementos que integran el sistema son relacionados e influyen recíprocamente como una síntesis mental, física y espiritual, de tal forma que los conflictos emocionales surgen sin distinciones entre aspectos interno y externos de la persona. (López, 2009)

Al hablar del marco conceptual de este enfoque se fundamentó esencialmente en la comprensión de los aspectos saludables y positivos del ser humano, cuyas raíces emergen en los años 60 con el nacimiento del “Movimiento del Potencial Humano”, décadas después su ideología se transforma debido a la aproximación cognitiva lo que generó resonancia entre psicólogos positivistas.

Los principios humanistas coinciden con algunos psicoanalistas como Adler, Erickson, Rank, Jung, respecto al camino que el ser debe recorrer hasta llegar al llamado proceso de Individuación o de desarrollo pleno, sin embargo Rogers lo llaman a este estado de integración y plenitud como *Autorrealización*. Este

modelo humanista trascendió de lo clínico-patológico ya que partió de los aspectos saludables del individuo al no tratar de suprimir los síntomas mediante el análisis de los mismos, sino que estimulará o reconstruyera la capacidad de expansión y de desarrollo personal.

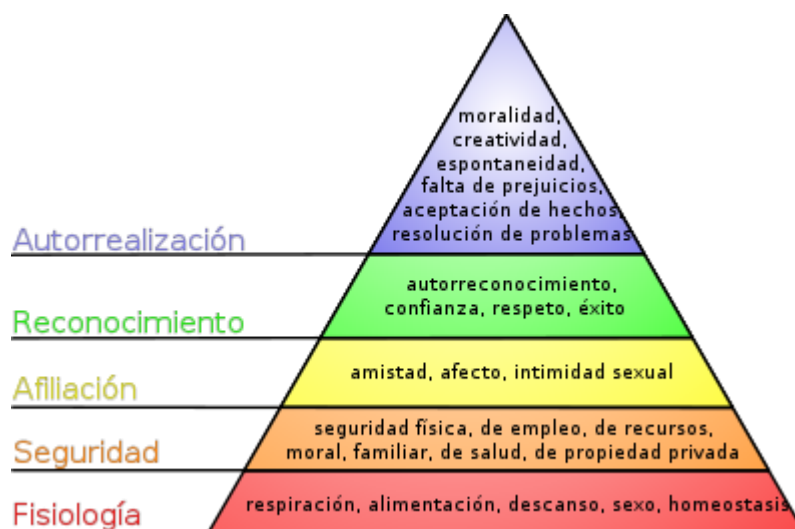
Según Brun (2011) el Arteterapia humanista consta de tres principios básicos:

- No ve a una persona como una enferma mental, sino como alguien que se encuentra con determinados problemas o conflictos cuando intenta afrontar la vida o acontecimientos.
- Entiende que no es posible llevar una vida plena si se experimenta un malestar o conflicto.
- Tiene una visión integral y holística de la persona e todas sus dimensiones (emocional, corporal y espiritual).

Maslow (1990) en su conocido sistema piramidal ostentó la importancia de cubrir la progresión de necesidades humanas en sentido ascendente que abarcan desde las más básicas, fisiológicas a las necesidades de seguridad, de pertenencia y amor, de estima, cognitivas, estéticas hasta alcanzar las del rango más complejo y las necesidades de autorrealización. Estas solo adquieren importancia cuando se han logrado satisfacer las anteriores escalas; las actividades creativas y las percepciones estéticas son portadoras de momentos transitorios de autorrealización o de experiencias cumbre que se caracterizan por una intensa sensación de satisfacción y felicidad. *Ver figura 1*

Estas conductas autorrealizadoras de Maslow son análogas a las actitudes que se suelen estimular en las intervenciones arteterapéuticas, por lo tanto el Arteterapia de orientación humanista intenta identificar las vivencias paralizadoras en el proceso de crecimiento personal, durante la experimentación con los medios plásticos-audiovisuales estos actúan como agentes potenciales donde su objetivo principal se dirige hacia todas las aptitudes de la persona para alcanzar madurez y cambios positivos, su aliado principal es la estimulación de la creatividad mediante la experiencia compartida con los medios artísticos. (López, 2009)

Figura 1. Sistema piramidal de Maslow.



Betensky fue una de las primeras arteterapéuticas humanistas que trasladó la importancia de los conocimientos fenomenológicos a su trabajo arteterapéutico, ella considero la expresión artística de un individuo como un fenómeno susceptible de ser observado de manera objetiva e imparcial. Esto tiene como resultado pasar del egocentrismo a ser un espectador objetivo de lo que ocurre en el interior y el entorno del sujeto. (Betensky, 1976)

Por otro lado otra arteterapeuta humanista muy reconocida en E.E.U.U., Allen centró su labor en la creencia del desarrollo espiritual, a través de las actividades artísticas desde una perspectiva más vinculada hacia el crecimiento personal y la dimensión transpersonal, lo que lo hacía terapéutico. La creatividad artística es considerada como un camino que pone la persona en conexión con una fuerza suprema según las creencias espirituales. Allen combinó conocimientos de la terapia transpersonal con las orientaciones de Jung y Naunmburg donde decide fundar junto con Dayna Block, Debbie Gadiel, Caroles Isaacs, Evelina Webr, Dab Anthon y Don Seiden, The Open Studio Proyect en 1995, donde en su estudio de arte se podía desarrollar la creatividad artística como una energía que revitaliza en el espíritu, Allen consideró que el proceso creativo de los pacientes era enriquecedor puesto que pone en contacto al individuo no solo con su realidad sino con el universo entero, además de que trata de abrir canales de autoexpresión, autoconocimiento a través de medios plásticos que capacitan al individuo para

la exploración de sus propias esperanzas y visiones sobre lo que la persona desee. (Allen, 2009)

El Arteterapia de esta orientación trata de abrir canales de autoexpresión y autoconocimiento a través del proceso creativo que se considera como apremiante haciendo que la persona evoque un estado de alivio y vivencias emocionales de felicidad. (Martínez, 2000)

2.3. ENFOQUE GESTALT.

Fritz Pearls en 1976, quien fue el iniciador de la terapia Gestalt, conectó ideas de Rogers, quien relacionó con las repercusiones negativas que pueden ampliar en el sujeto el hecho de la no aceptación incondicional por parte de los padres o tutores en una situación determinada. Pearls lo denominó Gestalts Inacabadas o experiencias emocionales que no son integradas de forma adecuada produciendo tensiones y comportamientos neuróticos, estos patrones o gestalts inconclusas proceden del pasado y se repiten de forma inconsciente en un presente contra los verdaderos deseos de la persona. Las emociones pendientes son almacenadas en el organismo y se suelen manifestar en formas no verbales, gestos posturas corporales, tonos de voz, etc., actuando como coraza que lo protege del dolor. Pearls afirmó que existen dos necesidades que son fundamentales para el ser humano: primero la necesidad de sobrevivir y la necesidad de crecimiento; por otro lado esta enfoque apreció la influencia del trabajo teatral con Reinhardt, el psicodrama de Moreno y el discurso conceptual de los expresionistas alemanes.

Uno de los principales terapeutas en incorporar los medios plásticos a la terapia Gestalt fue Joseph Zinker (1979), quien destacó los gestos y movimientos corporales mientras se consuma la obra plástica: la mirada, respiración, posición, etc. Esta simbiosis actúa en conjunto, guían al terapeuta y acercan al paciente a contactar con su estado energético en la experiencia inmediata (el "Aquí y Ahora"). Para Zinker la experiencia creativa especialmente a través del dibujo es una forma de autoconocimiento y por lo tanto tiene una relación con los procesos equilibrando los sistemas del cuerpo que son necesarios para un funcionamiento óptimo; opta por una terapia creativa con propuestas que salgan de los ejercicios estereotipados en donde

los aspectos expresivos de la persona son desarrollados en los diferentes lenguajes (visual, dramático, corporal, musical, etc., lo que conducen hacia una transformación).

Otro autor importante Rhyne quien sintetizó su trabajo con Fritz Perls, su técnica *Experiencia artística en Gestalt* publicada en 1973, señalando que el Arteterapia de orientación gestáltica trata con las configuraciones de la expresividad personal, quien otorga la importancia al conocimiento que brinda la aprehensión mediante los sentidos, donde la estimulación senso-perceptiva facilita el reconocimiento de los conflictos. A su vez también enfatizo como la realización de las actividades artísticas puede activar las necesidades y los recursos perceptivos a través de la creación de producto visual que se convierte en un reconocimiento mental, además afirmó que el desarrollo de la percepción de las formas, los colores, texturas, etc., aumenta en gran medida el autoconocimiento la toma de conciencia, lo que convierte a esto como herramientas esenciales para el Arteterapia. (López, 2009)

Por otro lado Natalie Rogers junto con las ideas de los ya citados arteterapeutas gestálticos integraron con su método “terapia centrada en la persona mediante el arte artístico” la técnica de las terapias creativas con la terapia centrada en la persona de Carl Rogers, quien destaco la predisposición del sujeto para alcanzar la Autorrealización por medio de conexiones creativas afirmando que a la hora de emprender una obra plástica esta disminuye los bloqueos emocionales, además de reforzar la comunicación de los sentimientos, la exploración inconsciente, la catarsis, la resolución de conflictos hasta llegar a la apertura mental. (Zinker, 1979)

El Arteterapia de orientación gestáltica empieza a gestarse a partir de la incorporación de los diferentes lenguajes visuales, sin tener que descartar el apoyo de otras mediaciones como la expresión literaria, corporal, musical o dramática.

2.4. ENFOQUE DE ORIENTACIÓN CONDUCTUAL.

El conductismo se inició a principios del siglo XX como se muestra a continuación:

- 1960, con las teorías sobre el aprendizaje condicionado de Pàvlov en 1 los actos y comportamientos observables de los seres vivos se convierten para los conductistas en el centro de sus investigaciones experimentales.
- 1913, Watson actualiza con su manifiesto de psicología experimental relegada gracias al éxito del psicoanálisis más centrada en el estudio de la mente, postuló que los comportamientos no deseables de los individuos se debían tratar a partir de su observación y tratamiento directo, a diferencia del psicoanálisis la terapia conductual no consideró que la expresión de una conducta problemática es un síntoma de algo que subyace al conflicto de su proceso dinámico por lo que no depende del inconsciente. Así mismo los terapeutas conductistas observaron los problemas de comportamiento como fenómenos aprendidos y mantenidos dependiendo de las variables del entorno.
- Por otro lado, Skinner matizó la importancia de observar la conducta indeseada que se presenta en el ambiente aprendido con el fin de analizarla y modificarla a través de refuerzos. (Arias y Vargas, 2003)

Respecto de la función principal del arteterapeuta conductista es crear un ambiente en el cual se puedan reforzar las conductas positivas o deseadas, disminuyendo las negativas, eliminando el refuerzo que las provoca; para esto el arteterapeuta evalúa conjuntamente con el paciente la conducta específica y observa con frecuencia de aquellos comportamientos que provoquen malestar, durante esta etapa inicial del tratamiento el paciente aprende a programar sus actividades plástico-visuales observando las que causan placer o dominio con la finalidad de potenciar sensaciones de control sobre su vida, además de que se trata de encontrar los refuerzos significativos del cliente; este uso de materiales y técnicas plástico visuales pueden funcionar como agentes estimuladores, motivadores además de refuerzo para conseguir el cambio de conductas. (López, 2009)

Generalmente el Arteterapia conductual no trata de resolver el problema sino reducir y cambiar el comportamiento que lo causa, el problema objetiviza con métodos y técnicas, destacando sobre los aspectos subjetivos del paciente.

Cada técnica dentro de este enfoque pone a disposición una amplia gama de materiales con posibilidades creativas infinitas, este hecho es de suma relevancia ya que una interacción continua con los materiales son estímulos constantes que conllevan a reacciones que posteriormente se pueden analizar y reelaborar con el arteterapeuta, para descubrir aquellos refuerzos que ayuden a alcanzar progresivamente los objetivos terapéuticos.

Respecto a este enfoque la mayoría de los autores tienen en cuenta factores cognitivos que son determinantes en el aprendizaje de una conducta, un ejemplo de ello Roth en 1978 describió en su obra de la aplicación de la técnica *Realityn Shaping*, en donde combinó las técnicas plásticas con procedimientos para la modificación de conductas, este autor obtuvo resultados efectivos con esta técnica en especial en niños con trastornos psíquicos y discapacidades mentales. Esta técnica se basa en técnicas conductuales del Condicionamiento Operante y el Modelado (Arias y Vargas, 2003).

La comunicación y el descubrimiento son procesos cognitivos que se usan en la representación, fines que a su vez generan satisfacción, esta técnica consiste en primer lugar, de identificar un concepto que la persona no consiga comprender, que le cueste expresar o le cause ansiedad, al reconocer dicho concepto el arteterapeuta lo representa de manera grafica mediante una técnica bidimensional (dibujo, pintura, collage, etc.), esto siempre por elección por parte del paciente, después de la realización de la obra el sujeto intentara realizarlo solo, esto una vez finalizada la obra se pasa hacia la realización del mismo concepto con una técnica tridimensional (modelado con arcilla, ensamblaje, construcción con cajas de cartón). Por lo tanto el acompañamiento de la persona durante la representación sirve de guía para organizar y aclarar herramientas cognitivas, donde al mismo tiempo se puede abordar el contenido emocional de la obra realizada; estas actividades artísticas son útiles puesto que desarrollan la comunicación junto con la expresión de pensamientos puesto que es un proceso de auto identificación construyendo en la obra la imagen de sí mismo junto con su mundo que lo rodea.

El Arteterapia conductual ha sido muy poco explorada, existe muy pocas referencias bibliográficas que desarrollen métodos y técnicas arteterapéuticas de orientación puramente conductual.

Dentro del área conductual predomina el enfoque Cognitivo-Conductual, dentro de cual, los procesos cognitivos influyen en la conducta del individuo por lo que el Arteterapia cognitivo-conductual actúa sobre los pensamientos disfuncionales, estos estados emocionales o conductuales provocan distorsiones en las percepciones que la persona tiene de sí misma y del entorno. El estudio centrado en la relación entre los aspectos cognitivos, experiencias emocionales, el ambiente y la conducta, son expresados durante el proceso de creación visual que ayudan a la intervención de molestias psicológicas del paciente.

Esta orientación tiene como objetivo hacer conciencia de aquellos esquemas cognitivos personales que provoquen malestar además de que ofrece nuevas vías para su cambio, combinando una serie de técnicas cognitivo-conductuales con el uso de los medios artísticos, así mismo intenta ayudar al paciente a identificar su significado personal que son causantes de un malestar, por lo tanto estas actividades artísticas ofrecen vías alternativas al lenguaje verbal para explorar y enriquecer los diversos aspectos o dimensiones de dichos significados. El enfoque cognitivo-conductual aplicado en Arteterapia intenta ayudar al paciente a identificar y actualizar los significados personales distorsionados, causantes de su malestar. Las actividades artísticas ofrecen vías alternativas al lenguaje verbal, para expresar, explorar y enriquecer los diversos aspectos o dimensiones de dichos significados. La percepción en este enfoque adquiere una importancia puesto que percibir implica numerosos procesos cognitivos como atención, motivación, la memoria, emoción, etc., que estos se realizan de manera consciente e inconsciente, después, cada persona otorga múltiples significados a sus experiencias determinando una serie de conductas como las dimensiones de los significados personales y procesos cognitivos.

Con respecto a lo anterior Scanio (2004) afirma que las artes nos invitan a prestar atención a las cualidades de lo que oímos, vemos, saboreamos y palpamos para poderlo experimentar; lo que buscamos en las artes es la capacidad de percibir cosas, y no solo el simple hecho de reconocerlas. Al hablar del proceso creativo implícito en las actividades artísticas es una manifestación concreta de cómo los seres humanos interpretan el mundo y

como se procesa la información marcada por la diversidad de subjetividades existentes. El proceso creativo implícito en las actividades artísticas es una manifestación concreta de cómo los seres humanos interpretan el mundo y de cómo procesan la información.

En esta aproximación, las limitaciones sobre referencias bibliográficas sobre este enfoque, muchos arteterapeutas de esta línea han tratado de combinar los medios plásticos con las técnicas tradicionales, entre las cuales son: *técnicas de relajación y visualización guiada de imágenes, Desensibilización Sistemática y Exposición en Vivo, Flooding, Ensayo Conductual, Problem Solving, Internalización de Procesos Internos, Registro y Evaluación de los Estados Mentales o de Mensajes Mentales.*

Bowen y Rosal (1989) utilizaron la visualización guiada de imágenes, donde el objetivo principal era incrementar el control interno de la persona, además de disminuir el estrés, durante las primeras sesiones ellos introducen ejercicios de respiración y relajación muscular combinados con música, consecuentemente intentan que el paciente visualice una imagen mental con la finalidad de establecer un diálogo alrededor de las producciones, Reynolds por su parte aplica la *Desensibilización Sistemática con Flooding* a sus aplicaciones arteterapéuticas mediante el diseño y la creación de un tapiz, el tapiz era confeccionado a partir de una fotografía que contenga una gran carga emotiva para la persona.

A su vez Matto reforzó la desensibilización sistemática con la técnica exposición en vivo, los pacientes pueden recrear los momentos donde suelen tener ansiedad a través de la producción de los dibujos o grabaciones en video, fotografías, etc., esta creación y observación detallada de las obras con el apoyo del arteterapeuta o del grupo que ayudan a ordenar las emociones y creencias irracionales, además de que con los medios artísticos sirven de alternativas que se ajustan a la realidad.

Dentro de este enfoque se han aplicado con mucho éxito combinando la técnica en vivo junto con la de ensayos conductuales a través de la interacción de los medios artísticos, donde se registran las conductas que se desean trabajar mediante la interacción con marionetas, mascararas, objetos,

grabaciones en video, fotografías, happening, etc., tras la exploración de esta técnica los modelos conductuales son descritos como mediadores de los diversos lenguajes plásticos.

Por otro lado (Packsrd y Rosal 1980) (en Bassols, 2006) han trabajado con la recreación de situaciones personales donde la persona exterioriza sus aspectos personales por medio del autorretrato con el punto de que se aprendan conductas efectivas, esta realización de actividades artísticas activa la potencia y registra como cada persona hace uso de sus percepciones, su imaginación, creatividad, sentimientos de manera que ha ido construyendo sus significados, creencias, etc., estos procesos cognitivos se van modelando en la interacción con el entorno, esto complementa y enriquece las técnicas de enfoque cognitivo-conductual facilitando la resolución de problemas de manera rápida y efectiva, afirma que la unión de ambos ayuda a:

- Descubrir, promover, animar y decodificar imágenes mentales.
- Elegir y registrar visualmente problemas específicos o situaciones conflictivas de forma permanente.
- En la creación de metáforas pictóricas para exteriorizar y ordenar los estados mentales.
- Comparar, contrastar y compartir todo el proceso de producción de las obras y sus resultados.
- Vivenciar las posibles distorsiones cognitivas y ensayar las soluciones nuevas.

Finalmente los arteterapeutas cognitivos ayudan a desarrollar la inteligencia emocional y fortalecer la resiliencia, además de que el enfoque se adapta a terapias breves ya que los pacientes suelen desarrollar sensaciones de autocontrol en pocas sesiones, la efectividad de esta base se suele comprobar con los resultados objetivos donde el método científico que es aplicado de suma importancia para la obtención y posterior análisis de datos.

CAPÍTULO III.

PROCESO ARTETERAPÉUTICO.

“Lo creativo suele ser terapéutico y lo terapéutico es con frecuencia un proceso creador”.

(Natalie Rogers)

En el capítulo anterior se desarrollaron los enfoques psicoterapéuticos, sin embargo el Arteterapia por si misma constituye una propuesta de trabajo y sigue una metodología muy particular, en este capítulo se explicarán dichos elementos. Además de los enfoques ya descritos existe una serie de elementos y factores que se tienen que tener presentes dentro del proceso, al igual que en otras psicoterapias se apoya en protocolos básicos con la finalidad de establecer un marco de trabajo con una estructura adecuada que garantiza su funcionamiento óptimo, los cuales se desarrollaran en el presente capítulo.

3.1. ELEMENTOS DEL PROCESO ARTETERAPÉUTICO.

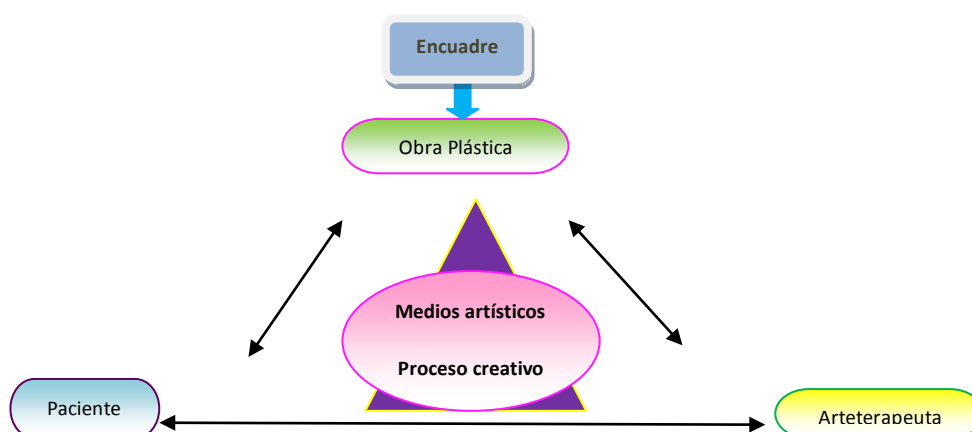
3.1.1. *Importancia de la relación triangular paciente-obra-terapeuta.*

La principal diferencia de esta praxis a las diferentes terapias tradicionales; la “Relación Triangular”, (arteterapeuta-paciente-presencia de la obra), a diferencia de las terapias verbales tradicionales, donde el tratamiento transcurre solo entre dos componentes terapeuta-paciente los cuales mantienen una comunicación únicamente verbal, la terapia artística introduce un agente nuevo: la obra plástico-visual la cual es realizada por el paciente, introduciéndola como un agente nuevo: el producto creado propicia un factor adicional para entrar en la relación terapéutica.

La relación triangular en Arteterapia se basa principalmente en los conceptos desarrollados por el psicoanalista inglés Donald Winnicott (2000) de espacio, objetos y fenómenos transicionales. Esta área intermedia crea un ámbito de juego en el que el paciente puede experimentar con objetos en una actividad simbólica además de aprender que no tienen efectos concretos sobre ellos mismos o sobre el terapeuta.

Por otra parte Klein (2006), refiere que el triangulo terapéutico, está presente durante cada sesión, esta implica la relación triangular, paciente-obra-terapeuta, dónde la obra es el mediador entre ambos.

Figura 2. Relación Triangular del proceso Arteterapéutico.



3.1.2. Organización terapéutica.

La organización terapéutica del arte terapia es igual que en otras modalidades terapéuticas que del mismo modo se pueden realiza en intervenciones de la siguiente forma: individual, dual, familiares y grupales.

El *Arteterapia Individual* es conveniente cuando el problema de la persona requiere un grado de intimidad para poder crear sus conflictos en la obra, se trabaja de manera individual, además de que también es aconsejable trabajar en esta modalidad con pacientes que son demasiado retraídos, agresivos o con poca autonomía para trabajar en grupo.

En tanto que la *Arte terapia Dual* se recomienda cuando se trabaja en el contexto del tratamiento y se centra en mejorar las relaciones entre dos personas, ya sea una conjunción niño-padre, marido-mujer, compañeros de trabajo, amigos, etc., este formato dual el manejo de los medios plástico-visuales se centran en ayudar a que la persona consiga enfrentarse a sus conflictos desde otro punto de vista; El formato dual ayuda a reexaminar los roles interpersonales adquiridos en una relación de pareja y a establecer ajustes que por vía verbal no serian posibles. (Landgarten, 1981)

El Arteterapia Familiar su organización implica la participación de los padres junto con sus hijos, se suele ofrecer cuando alguno de los miembros sufren problemas que afectan a la familia o en situaciones donde toda la familia tiene dificultades, la interacción durante la creación de las obras permite el acceso a los sentimientos y emociones de los miembros familiares facilitando el

entendimiento respecto a la forma de operar de cada uno a las herramientas que utilizan para relacionarse en el ámbito familiar.

El Arteterapia Grupal, se realiza cuando están involucradas en el proceso más de 4 personas, los enfoques socioculturales de tratamiento Arteterapéutico conciben al individuo como parte de un sistema global de relaciones, influido por condiciones sociales y culturales, las tareas artísticas sirven para desarrollar una identidad social priorizando las relaciones interpersonales. La esencia del ser humano es social, por lo que necesita de los otros para satisfacer sus necesidades e intereses, así el análisis de los vínculos generados en la interacción con los demás es un aspecto fundamental para la comprensión de los pacientes; el Arteterapia grupal proporciona un espacio único para hacer visibles los comportamientos emergentes en las relaciones cotidianas y se da un aprendizaje desarrollando nuevas habilidades sociales.

“El arte nos ofrece la oportunidad para enlazar nuestra experiencia personal o interpersonal con experiencias ajenas. Esto constituye la posibilidad de un puente inestimable entre las vivencias que a veces nos parecen intransferibles, incomunicables, incluso con experiencias colectivas grupales y culturales”.
(Barragán, 2006) (p. 15)

Dalley (1987) clasifica la modalidad grupal en tres formatos que son:

1. *Grupo de estudio Abierto*: Primer modelo utilizado en los inicios del Arteterapia; otorga más énfasis al proceso artístico que a las dinámicas generadas, el dialogo o reflexiones en torno a las obras se establecen entre el paciente-terapeuta.
2. *Grupo centrado en un tema*: Sitúa el trabajo artístico estructurado como medio para la comprensión de los problemas individuales de cada miembro del grupo.
3. *Grupo analítico o Arteterapia Interactiva*: La producción de imágenes es una parte fundamental dentro de la dinámica, la interacción es producida por todos los miembros del grupo incluyendo el arteterapeuta, el grupo gestiona los sucesos dentro del taller, los participantes eligen las técnicas y el tiempo de la fase de cada sesión.

3.1.3. Organización del espacio.

Dentro de la organización de un espacio donde se trabajan actividades plásticas, es necesario tomar en cuenta elementos sobre el espacio donde se trabajará con los pacientes; dentro de la práctica arteterapéutica, generalmente no existe un espacio específico, sin embargo Omenat (2006), afirmó que las circunstancias ideales para el trabajo en relación al espacio no se suelen dar y raras veces el terapeuta dispone de una sala específica, que reúna las condiciones adecuadas, ya que el espacio tiene que estimular el comportamiento expresivo donde los pacientes no teman manchar el lugar, experimentar, reflexionar o descubrir, además de que tiene que estar cerrado a atribuciones externas que interfieran en el proceso creativo.

Las condiciones de trabajo idealmente deben poseer un espacio acondicionado, con ventilación, temperatura adecuada, además de que el mobiliario tiene que estar acondicionado al tipo de población con la que se trabaje, es importante que se cuente con lavabos en la misma sala de trabajo con la finalidad de no irrumpir la sesión en la limpieza de los materiales, dentro del lugar de recepción, se tiene que tener un espacio de exposición o de secado de las piezas como una parte permanente, así mismo el espacio utilizado para almacenar las obras debe cumplir las condiciones de conservación adecuadas (luz, humedad, temperatura, etc.), lo que preserva la confidencialidad de las producciones al ser consideradas como parte del registro clínico. (Jarreau y Pain, 1995)

De esta manera es que, (Prokofiev 1998) (en López 2009) planteó un estudio con dos zonas diferenciadas: una zona para el trabajo artístico en la que se pueda manipular cualquier medio plástico sin temor y a su vez otro espacio para exponer y hablar sobre la obra artística realizada en la sesión.

3.1.4. Organización temporal.

La organización temporal, es un requisito fundamental ya que al establecer una relación terapéutica el tiempo es un parámetro esencial en la buena práctica del Arteterapia y constituye un valor para un buen funcionamiento del proyecto. Así al igual que en el espacio la gestión del tiempo actúa simbólicamente como un límite que el paciente tendrá.

Como en todos los procesos terapéuticos durante la primera sesión se establece una duración y un horario preciso desde la primera consulta con la finalidad de que el paciente tenga un compromiso de llegar a la hora y día acordado. Respecto a la duración de todo el proceso Arteterapéutico del paciente, según el centro de estudios sobre Arteterapia Metáfora, la terapia puede ser:

- Muy breve: 1 a 12 sesiones.
- Breve: 12 a 24 sesiones.
- Larga: 24 o más sesiones.

Sin embargo de acuerdo a este mismo centro lo ideal es que el tratamiento se lleve a cabo en un proceso de un año con una sesión semanal, pero también dándole la importancia que la duración del tratamiento dependerá de la gravedad de la patología del cliente u objetivos a alcanzar.

3.1.5. Estructuración de las sesiones.

Antes de iniciar una intervención arteterapéutica se procede a una serie de entrevistas personales con el paciente para la obtención de datos sobre los motivos de consulta, donde se observa como narra los aspectos generales de su vida, que necesidades tiene y son así como las expectativas respecto al tratamiento, así como en otras modalidades terapéuticas, la colaboración de los familiares es importante para cualquier dato sobre el problema del paciente. Con la información obtenida se determinan los objetivos así como el nivel de intervención adecuado para el paciente.

En la primer sesión se establecen las normas como la asistencia puntual, el cuidado de los materiales, atender los aspectos expresivos y creativos de los medios plástico-visuales sin tratar de conseguir un dominio técnico o buscar la valoración estética, de lado del terapeuta asumir el compromiso de confidencialidad de todo lo que suceda en el espacio terapéutico.

Existen tres formatos que se pueden llevar a cabo en una sesión arteterapéutica, dependiendo de los objetivos que se planteen para la terapia y de tipo de problemática tiene el paciente que asiste, las cuales se diferencian en el grado de libertad que se da al paciente en la elección de los materiales y técnicas realizadas las cuales son: (Nosovsky, 2008)

- *Directiva:* El arteterapeuta estructura la sesión de trabajo determinando actividades o temas a desarrollar, material o técnica con las que el paciente trabaje.
- *No directiva:* El arteterapeuta no se involucra en el accionar del paciente, dejándolo libre de elegir materiales, técnica o tema a desarrollar dentro del proceso artístico.
- *Semidirectiva:* El arteterapeuta entrega lineamientos básicos con los que deben ser completados por el paciente, las instrucciones son mínimas para que el paciente tenga la opción de completar.

Así mismo plantea que dentro de la estructura de las sesiones en esta práctica terapéutica son:

- *Etapas de inicio:* La sesión se inicia con una entrevista donde se recopila la información bio-psico-social, se da a conocer el encuadre terapéutico y se explica la consistencia del Arteterapia, a su vez en esta etapa se involucra a la persona en la exploración de los materiales estableciendo una alianza terapéutica, donde se inicia la formación del vínculo.
- *Etapas intermedia:* En esta etapa la persona se involucra con su proceso creativo, utilizando diversas técnicas plásticas, donde se desarrolla un proceso de expresión libre que facilita la posibilidad de explorar, interrogar, crecer, integrar, reinterpretar y producir un dialogo a través de las expresiones plasmadas en la obra, influyendo en ellas aspectos conscientes e inconscientes.
- *Etapas Final:* se tiene que realizar un proceso de evaluación el cual es de suma importancia ya que se analiza la obra plástica donde se planifica y se establecen estrategias terapéuticas, el cual se desarrolla en el siguiente apartado.

3.2. EVALUACIÓN DEL PROCESO ARTETERAPÉUTICO.

En el proceso de Arteterapia la evaluación de la obra de arte es elemental para la estructura de la obra, dentro de este proceso la evaluación de acuerdo a (Feder y Feder, 1981) cumple cuatro funciones generales:

- Determinación de problemas y necesidades de la personas

- Predicciones de comportamientos futuros
- Supervisión de cambio
- Reconocimiento de finalización del tratamiento.

Considere que la evaluación tiene repercusiones a nivel emocional, cognitivo, expresivo o creativo en el individuo, lo que facilita la manifestación de reacciones y comportamientos que ayuden a conocer sus necesidades.

3.2.1. Decodificación de las obras.

Las obras plásticas realizadas, donde el terapeuta tiene que ayudar a decodificar la obra al paciente, están constituidas por complejidades, mensajes y elementos que dan una estructura al trabajo plástico, tomando en cuenta los siguientes elementos que son:

- * En primer lugar es que después de la finalización de la obra dentro del espacio terapéutico dos elementos destacados son: *el título y la firma* (Jarreau y Pain, 1995):
 - *Título*: este elemento es importante, el paciente le atribuye un título a su obra, el cual constituye una referencia verbal que redefine y reconoce la intencionalidad de la obra cobrando así vida.
 - *Firma*: tiene relación con la terminación de una obra pictórica o grafica donde el paciente firma la obra cuando la considera terminada.

(Butor 1980) (en Jarreau y Pain, 1995) después de haberse interesado por la ubicación de la forma como portadora de un mensaje, recalcó también que puede contribuir a la expresividad de la obra, puesto que es una marca yoica frente a las dificultades que el paciente puede experimentar para realizarla, concluyendo que es un síntoma de conflicto de identificación. Algunos pacientes se niegan a firmar, lo cual esto se toma como un rechazo donde se justifica lo extraño que resulta introducir un grafismo en una materia que llama a la continuidad, además de que para algunos provoca una fractura en la obra, difícil de tolerar, para otros la producción no es digna de una firma que se hará indeleble después de la cocción.

* Un segundo elemento importante dentro de la decodificación de la obra es que significado no se interpreta y no se toman en cuenta los preconceptos de belleza y arte tradicional en cuanto a la estética. El trabajo de arte tiene que ser considerado como un mensaje que será descubierto por el paciente en compañía de terapeuta, sin embargo para que el terapeuta le ayude al paciente a decodificar el contenido de la imagen se toman en cuenta las siguientes interrogantes en diferentes dimensiones (experencial, simbólica, formal, y material) entre las que se mencionan son: (Barragan, 2006):

- Dimensión experencial:
 - ♦ *¿Qué sentimiento o ideas te vienen a la cabeza en presencia de la obra?*
 - ♦ *¿Te identificas de alguna manera con la obra?*
 - ♦ *¿Te gusta, te desagrada pero te parece interesante?*
 - ♦ *¿Cómo describirías la personalidad de la persona que la realizó?*
- Dimensión temática simbólica:
 - ♦ *¿Qué crees que cuenta o comunica la obra?*
 - ♦ *¿Cuál es el tema que presenta?*
 - ♦ *¿Qué historia o argumento plantea la obra?*
 - ♦ *¿Qué idea te transmite, o qué pensamiento te sugiere?*
- Dimensión Formal:
 - ♦ *¿Cuáles son los elementos formales que discrimina (estructura, composición, centros de atención, iluminación, colores, etc.)?*
 - ♦ *¿Cómo afectaría a esa obra otra composición al significado de la obra?*
- Dimensión material:
 - ♦ *¿Cómo influye el material al tema?*
 - ♦ *¿Cómo afecta el material a la configuración formal y contenido de la obra?*

* Un tercer elemento que también se tiene que tomar en cuenta, es la composición de la obra plástica la cual se logra a través de la unión de distintos elementos que integran la combinación (líneas, volúmenes, áreas, formas, colores, valores, equilibrio, proporción, etc.)

- En primer lugar se observa el aspecto material de la obra, es decir el soporte, la técnica y la textura (táctil, dureza, suavidad, rugosidad, humedad, etc.); esto al igual que los demás elementos tiene un valor expresivo por lo que se puede leer la expresividad del paciente.

- En segundo lugar se observa el medio que utilizo para la expresión de los símbolos, así mismo se tiene que observar la cantidad de pintura utilizada, lo cual da la visión de cómo el paciente utiliza los recursos que tiene para enfrentar su vida.
 - En tercer lugar se debe observar la forma y delimitación de una superficie como consecuencia de su organización interna, estas son caracterizadas por sus proporciones, contornos, direcciones, sentidos, expresiones o actitudes. Se tiene que preguntar, ¿Cuál es el significado simbólico de cada figura de cada elemento plasmado?
 - En cuarto lugar se observa que el color corresponde a una clave psicológica que se relaciona con un efecto dinámico, jugando una parte importante en los trabajos arteterapéuticos ya que muestra el estado de la vida emocional, su apreciación se basa en una coordinación complicada de procesos físicos, fisiológicos y psicológicos. Cuando el color se aplica y se utiliza de manera expresiva, se transforma en expresión de sentimiento y emoción. En Arteterapia no se interpreta el color puesto que no tiene un significado universal, más bien el paciente tendrá su propia percepción individual y subjetiva de acuerdo a su experiencia y etapas de su vida en cuanto a los colores. Respecto a esto el pintor Matisse decía que: “La elección de mis colores no se basa en ninguna teoría científica, sino en la observación, en el sentimiento, en la experiencia de mi sensibilidad. Intento poner colores que interpreten mi sensación”. (p.24)
- * Un último elemento tras la realización de las obras continuamente, es el uso de la revisión del *Portafolios* para la evaluación continua de utilidad para la práctica arteterapéutica que consiste en la unión de todas las obras creadas por el cliente, este portafolios permite al terapeuta comprender los planteamientos del paciente, los problemas que presenta, además de que permite rastrear los cambios y la evolución de su progreso.

El trabajo de arte es una terapia pre-verbal, ya que después de su realización se hace un espacio para el lenguaje verbal, el terapeuta decodifica lo que el cliente quiere comunicar a través de su trabajo, sin embargo como ya

se mencionó anteriormente es importante aclarar que el terapeuta no interpreta la obra, si no que el paciente es quien da la interpretación.

También es importante tener en cuenta que, el Arteterapia no trata la libre creatividad del sujeto, se trata de usar la imagen como herramienta alterna, aludiendo mayor importancia al proceso de creación y la interpretación que el paciente hace de sus producciones artísticas. Dentro del Arteterapia las obras plásticas son ambiguas, por lo que es fundamental que las obras sean constantes; esto conduce a que el paciente tras ir creando imagen tras imagen, sin que se busquen significados provoca una evolución sin darse cuenta, creando imágenes de “sí mismo”.

3.2.2. Importancia de la simbolización de la obra plástica.

La utilización de símbolos es un lenguaje fundamental para los seres humanos. Un símbolo es un elemento del inconsciente humano, que establece con la consciencia una relación de compensación o complementación, el cual contiene elementos complejos que muchas veces no pueden expresarse mediante el lenguaje verbal, por lo que la consciencia no puede captarlos de inmediato, además de que abre la posibilidad de poder nombrar las cosas, de poder desplazar, metaforizar, siendo así una representación de sí mismo “en nombre de otra cosa”. (Barragán, 2006)

El proceso de simbolización produce lo que podríamos llamar estiramiento subjetivo: despliega la metáfora, la palabra se desfigura y adquiere otro significado, además de que le provee al paciente permeabilidad psíquica con la finalidad de que su proceso de simbolización será genuino. El símbolo dentro del Arteterapia se convierte en un medio que permite ver claramente lo que está en su interior además de que ayuda a que el contenido de la psique pase a un nivel inconsciente a la consciencia permitiendo la auto-expresión metafórica donde el simbolismo se convierte en forma de comunicación personal. (Polo, 2003)

El paciente aporta a las imágenes creadas una simbolización mediante la construcción de significantes autónomos, es decir, confecciona su propio código personal a partir de sus significados extraídos de su pensamiento; esta creación se ve reflejada en la propia obra. Por otro lado, la materialidad y la permanencia de la obra establecen un centro de atención concreto con el fin de

poder dialogar, discutir o analizarla en cualquier momento de la terapia pues actúa como registro de todo lo que el paciente va exteriorizando de su mundo interno. (Klein, 2008)

3.2.3. Áreas de evaluación.

Dentro de los aspectos generales que se suelen evaluar se genera información acerca de experiencias, recuerdos, sentimientos, emociones y otros que son de suma importancia.

De acuerdo a Hanser (1999) lo que se evalúa, son las siguientes categorías personales:

- *Física:* Se centra en la evaluación con aspectos relacionados al desarrollo sensorio-motor y perceptual.
- *Emocional:* permite prever las respuestas emocionales de la persona ante la manipulación y uso de los medios plástico-visuales.
- *Cognitiva:* aporta la información sobre procesos de pensamientos, creencias, valores, etc., que se activan con los diferentes medios artísticos.
- *Psico-social:* evalúa la atención, el auto-concepto, autoestima, autoconciencia, participación, habilidades interpersonales, etc.
- *Comunicación:* formas de expresión verbal así como no-verbal, el lenguaje expresivo se manifiesta gracias a la utilización de los materiales visuales y plásticos.
- *Creativa:* análisis de las habilidades creativas observadas durante la realización de las obras plástico-visuales con la finalidad de ofrecer recursos útiles a las necesidades expresivas.

Todas estas categorías se pueden centrar dentro de un área concreta o así mismo, sin embargo, esto depende de las demandas del paciente o grupo.

Las obras realizadas sirven como un canal mediador; el paciente simboliza un lugar para la proyección de sentimientos, sensaciones, experiencias o sensaciones vividas, donde a la vez el arteterapeuta observa el proceso de ejecución artística donde la obra es el punto de interés básico para efectuar los objetivos terapéuticos es por ello que es importante recalcar la importancia de la simbolización que es parte crucial dentro de la evaluación terapéutica.

CAPÍTULO IV.

ARTES PLÁSTICAS EN ARTETERAPIA: TÉCNICAS Y MATERIALES.

“Los espejos se emplean para verse la cara, el arte para verse el alma”.
(George Bernard)

En el presente capítulo se hace referencia a la importancia sobre los materiales plásticos junto con las técnicas utilizadas en Arteterapia; entre las que se aluden están el dibujo, la pintura, collage, escultura, etc., es importante señalar que cada una de ellas se elige en función de la situación particular con el paciente y lo mismo sucede con los materiales utilizados ya que algunos de ellos generan respuestas específicas o van dirigidas a satisfacer necesidades puntuales; su participación puede considerarse que juega una función mediadora entre el terapeuta y el paciente.

Respecto a los materiales y técnicas, estos son provenientes de las artes plásticas, sin embargo no es necesario contar con conocimientos artísticos previos para participar en este modo terapéutico; cada técnica plantea una serie de retos diferentes, por lo tanto es importante que los pacientes tengan la oportunidad de trabajar con la máxima variedad posible.

Por otro lado, Gogler (2006) opinan que es importante que el arteterapeuta tenga conocimientos básicos sobre el uso de medios artísticos y cualidades físicas, con la finalidad de que se tenga una conexión sensorial con los materiales y que se tenga el conocimiento de lo que se pueda vivenciar, transmitir, evocar y propiciar con cada material y técnica aplicada.

4.1. TÉCNICAS PLÁSTICAS.

“Nunca pinto sueños o pesadillas, pinto mi propia realidad.”
(Frida Kahlo)

Los procedimientos pictóricos se logran al manipular los materiales, se entiende por técnica del griego *technè* la manera de utilizar un procedimiento pictórico y a la forma de aplicar los materiales para la propia organización visual; las artes plásticas permiten que las personas que tengan dificultades, puedan distanciarse de todo lo que les produce malestar objetivándolo y haciendo salir formas internas para poder trabajar con ellas, su objetivo es la

utilización de herramientas que faciliten la expresión y comunicación de aspectos internos. (Klein, 2006)

Dentro del Arteterapia se emplean recursos provenientes de Artes Plásticas con objetivos terapéuticos, sin embargo por muy ricas que sean las técnicas solo tendrán valor terapéutico si proporcionan vías de comunicación o expresión entre el paciente y el terapeuta. Por otro lado, es importante recalcar que si la técnica es siempre la misma se puede tener una tendencia a la repetición de comportamientos, en cambio con la variación de medios artísticos se ofrece la posibilidad de desbloquear reacciones y así lograr transformar actitudes frente a las situaciones que se vayan experimentando en las sesiones. (Jarreau y Pain, 1995)

4.1.1. Pintura.

La pintura es un viaje creativo que surge de las imágenes del interior; desde la antigüedad ha sido utilizada para la expresión de la realidad y ha estado presente desde los conocimientos de todas las civilizaciones, gracias a ello sucesos y evidencias de épocas históricas provienen del análisis de las expresiones plásticas que han descubierto los científicos a lo largo de la historia. La utilización de esta técnica como herramienta terapéutica se inició con el analista Jung a quien tenía la creencia de que las imágenes eran un medio para la traducción del contenido inconsciente, desde entonces la terapia con pintura se ha utilizado en diversos ámbitos con intenciones terapéuticas para la exploración de las necesidades psicológicas de los pacientes. (Castillo, 2007)

En cuanto a esta técnica Jung (1974) opinaba que:

“El efecto de este método (pintura) es evidentemente debido al hecho de que la impresión caótica o aterradorante es sustituida por la pintura.... Lo horroroso es exorcizado por las imágenes pintadas, se torna inofensivo y familiar, en cualquier oportunidad el enfermo recuerda la vivencia de sus amenazadores efectos emocionales, la pintura se interpone entre él junto con la experiencia, y así mantiene el terror a distancia”. (p. 145)

La pintura permite expresar lo que no puede ser dicho con palabras, la obra es una creación dinámica hecha a base de pinceladas, la cual siempre tomará forma de lo que necesita ser expresado, a través de su observación se re-

apropian las imágenes lo que hace que el paciente se responsabilice de su producción interna. (Epelde, 2009)

Por otro lado, la intensidad de los colores y aquello con que los asociamos, son elementos importantes para descubrir o transformar sentimientos y emociones que surgen del interior que a su vez cobran forma a través de la pintura; los colores están dotados de un sentido para todas las personas e influyen en los estados de ánimo.

Dentro de los materiales que se utilizan son acrílicos, oleos, acuarelas, tras la creación de la obra al pintar surgen de manera explícita personajes que llevamos dentro, los pacientes pintan tal como son, y llevan a comprender la forma de representar el mundo, de este modo esta técnica ayuda a:

- Favorecer la expresión de los sentimientos
- Estimula la comunicación
- Desarrolla habilidades para la resolución de problemas
- Favorece la percepción y la organización
- Explorar alternativas a través de los colores
- Produce efectos de relajación
- Desarrolla habilidad de ver y sentir
- Desarrolla la coordinación mano-ojo
- Disminuye la ansiedad

4.1.1.1. Autorretrato.

Como ya se mencionó, la pintura permite explorar la imagen que tenemos de nosotros mismos, a través del autorretrato se obtiene la imagen de nosotros mismos para mirarnos en el espejo de la interioridad. El autorretrato en terapia de arte es una técnica que se utiliza cuando se requiere de que el paciente se enfrente a él mismo en forma directa, con el objetivo de que tenga un autoconocimiento de forma consciente, además de cómo la persona se enfrenta a su propia imagen.

Dentro del Arteterapia, el autorretrato fue utilizado por Elisabeth Layton (1909-1991), inició a pintar a la edad de 68 años durante una depresión que padecía desde los 35 años, en sus obras retrata la vejez y el rol femenino dibujándose a

sí misma para sanar su dolor. Otro claro ejemplo sobre esta técnica, es la pintora Mexicana Frida Kahlo quien tras su grave enfermedad la pintura se convirtió en un medio de reflexión sobre el dolor, la vida y la muerte, a través de sus autorretratos estos la llevaron a la creación de un universo de deseos no realizados, formando parte de su lucha contra su enfermedad constituyendo aspectos importante dentro de su proceso de auto-creación en su arte la cual era en su vida un medio para controlar su mundo. (Sandblom 1982) (en Polo, 2000)

Esta técnica le contribuye al paciente en:

- La abstracción mental del sí mismo se convierte en objeto concreto
- Manipula externamente la imagen interna
- Se pierde el control tras la creación de la imagen.
- Se llega a una exploración de situaciones para llegar a la solución de problemas
- Se produce auto reflexión.

4.1.1.2. Acuarela.

El medio de la acuarela es un medio caprichoso por su movimiento lo que resulta incontrolable, por lo que se tiene que saber con quién aplicar esta técnica ya que puede causar frustración a algunos pacientes la acuarela ayuda en:

- Tener mejor control
- Explorar imágenes en forma espontanea
- Manejo de errores en forma de aprendizaje
- Desarrolla la coordinación mano-ojo

Algunos terapeutas utilizan el color como agente terapéutico, intentando el dominio de la acuarela diluida sobre papel, buscando el ritmo en contacto con el color, con la toma de consciencia de las tensiones y desequilibrios. (Venegas, 2002)

4.2.2. Dibujo.

Al respecto de esta técnica, se diferencia de la pintura en que la figuración se realiza a través del color el cual puede estar del todo ausente, los dibujos se

realizan en menos tiempo que las pinturas, por lo que es una de las técnicas que más se usan en Arteterapia por la facilidad de acceso a la mayoría de las personas y por la rapidez que se puede realizar. Dentro de los materiales que se utilizan son: lápices de colores, pasteles, crayones y papel.

La práctica de esta técnica se ha utilizado desde el renacimiento como una herramienta para conocer y explicar plásticamente la realidad además de ayudar a descubrirla. El dibujo y la representación artística han tenido diferentes finalidades a lo largo de la historia tomándose como: algo mágico, simbólico, narrativo, representativo, descriptivo, creativo, etc., pero sobre todo y en todas las épocas hasta la actualidad sigue siendo un medio de expresión utilizado como lenguaje visual. (Rigo, 2007)

El dibujar es una actividad natural para cualquier ser humano, sin embargo se tiene la falsa creencia que solo algunas personas tienen la capacidad de dibujar dentro de la praxis arteterapéutica, sin embargo no es necesario que el dibujo sea bien realizado técnicamente, lo primordial es que permite la expresión de la imagen interna para descubrir las imágenes que están rigiendo las angustias, preocupaciones, miedos, etc. Dibujar es una forma segura de estar consciente con los sentimientos explorándolos mediante el dibujo; esta técnica permite entender las imágenes que están en la experiencia, al realizarlas se puede entender lo que está en nuestro ser interno y así reconocerlo externamente, es por ello que es un proceso de transformación que brinda consciencia y por ello permite hacer cambios positivos en los pacientes. *“Dibujar es como pensar dejando constancia de ello sobre un soporte, sin actuar, intenciones que no pueden manifestarse y se queda solo en deseos. Los dibujos son mapas personales, radiografías de nuestra conciencia, establecen un dialogo interior, recuperan fragmentos de conversaciones, recuerdos, sensaciones, etc.”* (Jarreau y Pain, 1995) (p. 34)

Asimismo, Sophie Morgenstern en 1973, tenía la creencia de que el conflicto interior inspiraba realizaciones artísticas por lo que aplicó el dibujo como sustitución de asociación libre y el juego.

La aplicación de esta técnica puede aplicarse de dos formas, la primera es directiva: donde se atiende la problemática o conflicto del paciente y se pide la realización de un dibujo sobre un tema específico, la segunda es no directiva:

los dibujos suelen ser libres, en ocasiones es difícil puesto que al paciente no se le ocurre nada sin embargo el terapeuta se encarga de estimular la producción de los dibujos mediante sugerencias que involucren la emocionalidad y los sentimientos del paciente. (Castillo, 2007)

El dibujo desarrolla la coordinación entre la mano junto con el ojo, aumentando la habilidad de ver lo que hay frente y así mejorar la capacidad de pensar en forma visual, por lo que el dibujar ayuda en:

- Conectarse con el mundo en forma significativa.
- Abrir un nuevo mundo frente a la percepción a la cual se ha tenido acceso.
- Da seguridad.
- Desarrolla habilidades de ver y sentir.
- Desarrolla la coordinación mano-ojo.

El dibujo en la terapia de arte entre otras cosas nos permite el manejo de ansiedad, la auto-aceptación, el enojo, el reparar, el perdón, el miedo y la depresión.

4.2.3. Escultura.

La escultura es una forma artística que se utiliza directamente el espacio real, a diferencia de la pintura crea un espacio ficticio sobre un simple plano; es un trabajo en tercera dimensión que le permite al cliente ir modelando su problema y su solución, es una herramienta sensorial a través de las manos las cuales organizan la información que reciben del medio ambiente, cuando se crea y se usa todo el cuerpo, fluyen las emociones, sentimientos, además de que es una actividad física que conduce a un placer de conocerse a sí mismo.

La experiencia con la escultura es que permite golpear, arrancar, romper, alisar: lo cual metafóricamente lo que se está modelando y afuera se va modelando también en el mundo interno.

La escultura ayuda en:

- Relacionar el cuerpo, la mente y los sentimientos.
- Facilita la expresión.
- Sirve como herramienta de auto-descubrimiento.
- Estimula los sentidos.

- Logra el cambio.

Uno de los métodos básicos de la producción de escultura es el *Modelado*, el cual es un proceso aditivo sobre materiales blandos y maleables que proporcionan mayor libertad de expresión, que al ir dándole forma se puede tener una mejor manipulación.

Modelado: es la expresión gráfica y pictórica que es bidimensional se le une la representación plástica con volumen; las estructuras o formas tridimensionales, ya sean objetivas, realistas, subjetivas, abstractas, cinéticas, etc., también se relacionan con inquietudes, así, la incertidumbre ante la realidad, el miedo, el temor a lo desconocido, el deseo de control y poder, el concepto de belleza, la ideología, la búsqueda de armonía; sirven de tema para el “acto mágico de exteriorizarlos usando la técnica del modelado. (Venegas, 2002)

Por otro lado, esta técnica se vincula directamente al cuerpo, a las sensaciones transmitidas por las puntas de los dedos, a la modulación de la presión y la tensión muscular, a la diferenciación profunda de gestos, paralelamente la actividad corporal de representación del modelado desencadena inmediatamente una respuesta emotiva, una resonancia afectiva más ligada al trabajo que a su resultado.

Lusebrick (1990) integró ciertos materiales y técnicas artísticas como el modelado de arcilla o el modelar plastilina suavemente con los ojos cerrados con la finalidad de tener experiencias sensoriales tranquilizadoras.

* *Modelado de plastilina*, dentro de la terapia de arte se pueden realizar esculturas con plastilina, el trabajo con este material produce que dentro de la sesión tenga efectos dinámicos gracias a que estimula los sentidos, este material permite que la manipulación sea como un juego y permite que se externalicen los afectos de las profundidades de la psique.

El modelado con la plastilina, es ideal para que absorba la agresión por su elasticidad permitiendo la libertad al hacer esculturas donde se usan todos los sentidos que permite dejar ir las cosas que ya no nos sirven.

* *Modelado de arcilla*: La tierra (arcilla) está ligada a nuestro universo cotidiano, es el símbolo del nacimiento, la vida y de la muerte, por esta razón los afectos se proyectan en ella espontáneamente, este material más

que la página en blanco exige ser transformada, adquiriendo un significado para dejar de ser solo materia, además la utilización de arcilla le permite al paciente tomar consciencia de un conjunto de comportamientos y sentimientos; el trabajo sobre vivencias y asociaciones que surgen tanto en las representaciones como en los discursos que remiten a menudo a las experiencias arcaicas fijadas o a significaciones subjetivas ligadas a ciertas condiciones de la actividad en el modelado. Marion Milber incorporó el modelado de arcilla como elementos intermedios entre la representación y la figuración, tenía la creencia que las sustancias maleables aportaban significados e impresiones transmitidos por las sensaciones del tacto, dando forma a las fantasías. (López, 2009)

4.2.4. Collage.

El collage es una técnica con un potencial metafórico tanto fuera como dentro de un contexto clínico, es una forma de arte visual que se crea al ir pegando pedazos para formar una pieza, la palabra collage viene del francés *coller* que significa pegar, se pueden utilizar distintos materiales como revistas, fotografías, periódicos, listones, papeles, pedazos de tela, comics, etiquetas, cosas naturales, piedras, entre otras, este es un arte versátil lo que permite mucha libertad ya que se pueden mezclar todo tipo de materiales en una obra, además de que al ir uniendo, encajando las diversas capas de materia que se selecciona o unen de forma intuitiva fragmentos de experiencias. Esta técnica nos permite entender nuestros símbolos internos, al combinar símbolos externos; acomodar los elementos se va dando sentido a imágenes internas, así mismo al ir colocando las imágenes se entienden las facetas de un problema, además nos permite conocer las formas en las que está conformada una imagen. Mediante el collage es posible plasmar la contradicción, realizar imágenes cuyas piezas encajan aunque lo hagan de forma disonante, cuando una persona lo realiza logra aceptar la existencia de contradicción pues muchas veces se esconde y se silencia a través de mecanismos de defensa que no dejan de resolver conflictos. Por otro lado esta técnica se utiliza para encontrar nuevas piezas de narración personal, a través de la imagen, mediante las obras creadas donde se identifican las diversas facetas de la persona, así mismo estimula la posibilidad de mirar las cosas de distintas

perspectivas, tanto la creación de estrategias para resolver conflictos e interrogantes logrando posible que la elaboración del collage se asemeje a la forma en que se percibe lo que ocurre, acontecimientos, sentimientos y emociones donde no se experimenten de manera ordenada ni homogénea. En ocasiones es difícil poner un orden al caos de lo que siente o experimenta el paciente. (Klein, 2006)

Esta técnica le ayuda al paciente a:

- Ayuda en la expansión, la experimentación y la expresión personal.
- Logra la transformación.
- Sirve de manera de exploración personal.
- Recicla objetos para lograr un renacimiento.
- Utiliza palabras cortadas.

4.2. BENEFICIOS Y FUNCIONES A TRAVÉS DEL ARTE.

Carrasco y Dussaillant (2005), proponen una sistematización general de las ventajas que aportan las actividades artísticas a los procesos cognitivos dentro de un marco terapéutico que son:

- Desarrolla el lenguaje simbólico cuyas imágenes y símbolos actúan como medios de expresión y comunicación no verbales.
- Promueve la elaboración activa de significados.
- Posibilita la comprensión de diversos niveles de significados de importancia para el auto-entendimiento, las metáforas y símbolos dan sentido y orientan la realidad.
- Enriquece la capacidad perceptiva.
- Activa la atención, exploración, discriminación, interrelación y la memoria.
- Relaciona diversos sentidos entre sí.
- Intensifica la experiencia sensorial.
- Desarrolla y extiende la consciencia de la realidad externa e interna, enseña a descubrir y no solo a reconocer.
- Promueve el orden, la organización, orientación espacial, la armonía, el ritmo, el equilibrio y la proporción.
- Estimula la imaginación y el potencial creativo.

- Contribuye a la adaptación compensando las limitaciones de la realidad.
- Permite recrear lo pasado, darse cuenta del presente, anticipar lo futuro y lo probable; ensayar nuevos roles y ampliar la experiencia más allá de lo cotidiano.
- Favorece la flexibilidad de pensamiento, la superación de lo obvio, la búsqueda de soluciones nuevas y toma de decisiones.
- Permite desarrollar destrezas y habilidades motoras.
- Promueve la participación emocional y empatía a través de diferentes mecanismos como la identificación y a proyección.
- Refuerza y mejora la autoestima.
- Produce procesos catárticos favoreciendo la clarificación emocional.
- Permite experimentar, dar forma e integrar sentimientos contradictorios, vivencias irracionales e infantiles.
- Satisface diversos motivos humanos como los de autoexpresión, creación, comunicación, logro, identidad e interiorización de valores.

Poch (1999) describe las funciones del arte que son:

- *Poder de proyección*: En la obra de arte se proyectan sentimientos y conflictos, tanto del que la realiza así como el que lo contempla, de ahí su gran valor como herramienta psicológica y clínica. Al igual que en el sueño es en parte de naturaleza subconsciente y no es percibida o lo es muy incompletamente. El subconsciente tiene gran importancia tanto en la creación como en la contemplación, pero en cuanto a la transmisión, la comunicación entre el creador se produce en la zona consciente o en la del inconsciente colectivo. En enfermedades mentales o enfermedades físicas proyectan la problemática en la obra. El esquizofrénico presenta en sus dibujos signos patológicos fácilmente identificables.
- *Relación arte-sueño*: Las situaciones psicológicas personales con la obra de arte son parecidas a las que se establecen con el sueño: algunas son percibidas directamente, pero en la mayoría no lo son. Se trata de asociaciones cuyo sentido es difícil de descifrar, ya que se manifiesta a nivel subconsciente; sin embargo existe una

diferencia entre arte y sueño, el sueño expresa los deseos sin resolver y la obra de arte es un goce además de que se pueden resolver conflictos o estados de ánimo anormales.

- *Realización imaginaria de deseos inconscientes:* esta propiedad es compartida con el sueño, pero su papel es distinto: la obra de arte es un sueño fijado o al menos una ocasión siempre presente de nuevos sueños y es por lo que nos asegura una satisfacción más positiva.
- *Tentativa de síntesis o de condensación:* es una de las leyes del sueño, en un mismo instante se puede condensar una visión varias realidades formando otra distinta y al asociarla a las vivencias personales, por lo que la obra personal es intransferible, inexpresable en palabras pero de un modo completo.
- *Tentativa de solución:* Se busca en el arte aquello de lo que se carece, es uno de los principios en cualquier terapia a través del arte.
- *Función catártica:* La obra de arte, tanto para el creador como para el contemplador representa una descarga de potencial afectivo que se acumula en exceso sobre ciertas tendencias cuando estas están reprimidas. El arte puede ser un aligeramiento de las tensiones excesivas, existen tendencias reprimidas en el subconsciente que solo se exteriorizan en el plano de la consciencia a través de transposiciones y simbolizaciones.
- *Integración del mundo interno y externo:* El creador debe relacionar sus sentimientos e impulsos internos con las impresiones externas, de esta manera se ordena y se descubre el sí mismo desde una perspectiva nueva y diferente.
- *Prototipo:* con la expresión plástica se promueve un comportamiento sano que estimula la expresión de sentimientos, la disminución de las defensas rígidas, la integración de la realidad interna y externa, de esta manera lo logrado en terapia se extiende a otras áreas en la vida del paciente.

4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS MATERIALES.

La importancia de clasificar los materiales en Arteterapia tiene el propósito de explorar y utilizarse de diferentes maneras para indicar estados emocionales,

mentales, pensamientos e ideas, además de que de que facilitan el descubrimiento del inconsciente y el mundo interior del paciente. La manera de trabajar con los materiales se tiene que ir cambiando considerablemente a lo largo de un periodo de las diferentes etapas del proceso, es por ello que es indispensable ofrecer una amplia variedad de materiales que se adecuen a los objetivos de la terapia así como a las necesidades de cada tipo de paciente.

Landgarten (1987) estableció una clasificación en relación con el nivel de control técnico que permiten las propiedades de cada medio, a la que llamó *Media Dimensión Variables (MDV)* que se muestra en la tabla N°1, sugiriendo que de acuerdo al tipo de material se puede elevar o bajar el estado afectivo del paciente, además de influir en su expresión.

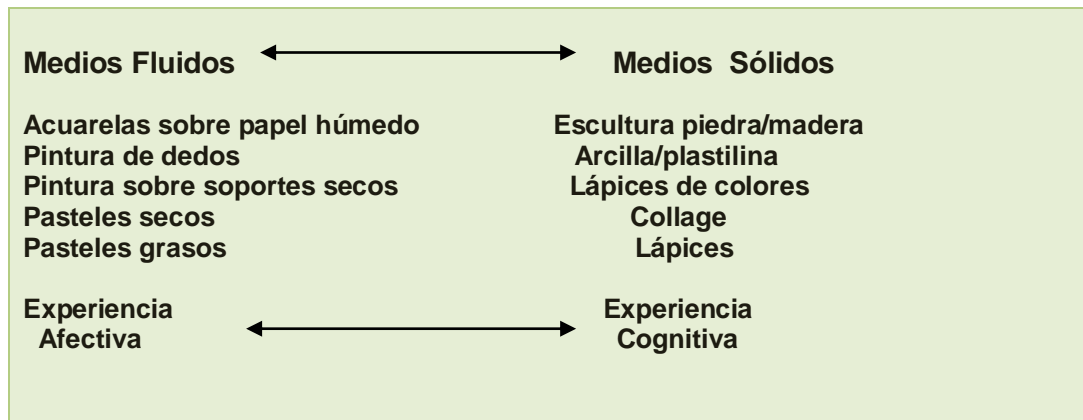
Tabla 1. Clasificación de Materiales según el nivel de control técnico de cada medio plástico-visual.

	Control alto (grado de baja dificultad)	Control medio (grado de dificultad media)	Control bajo (grado de dificultad alto)
Grafico	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz grafito (dureza media) • Lápices de colores • Lápiz pasta • Plumón 	<ul style="list-style-type: none"> • Cera blanda • Pastel graso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carboncillo ▪ Tinta china ▪ Pastel seco ▪ Tiza
Pictórico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Temperas ▪ Pinceles gruesos y brochas 	<ul style="list-style-type: none"> • Pintura de dedos • Lápices acualables • Acrílicos • Sprays 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acuarela ▪ Oleo ▪ Rodillo ▪ Espátula ▪ Esponja
Tridimensional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plastilina ▪ Barro o arcilla ▪ Pasta de sal 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartón pluma • Greda • Yeso • Material de desecho • Papel mache 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Talla ▪ Gubias ▪ Moldes
Otros	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revistas y papeles para collage 	<ul style="list-style-type: none"> • Costura • estampado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grabado ▪ Video ▪ Fotografía

Por otra parte Lusebrink (1978) propuso una tabla donde se organizan las propiedades físicas de los medios plásticos y visuales según su poder evocativo; cuanto mayor sea la fluidez del medio más estados emocionales

evocara, y los medios más sólidos tienden a contener las emociones y a procesar la información de forma cognitiva.

Tabla 2.- Propiedades físicas de los materiales.



Kramer (1982) prestó una atención especial a las diversas formas de manipular los materiales, por lo que ella estableció una clasificación en la que distingue cinco maneras de utilizar los medios artísticos y su relación con las posibles reacciones psicológicas que pueden llegar a suscitar en los pacientes:

- *Actividades precursoras*: Son las acciones diseñadas para explorar propiedades gráficas de cada material y así experimentar las sensaciones perceptivas sin llegar a la creación concreta de configuraciones simbólicas. Garabatear, tocar, esparcir y salpicar pintura o amasar material dúctil se incluyen en esta categoría por sus potenciales estimulantes.
- *Descarga Caótica*: Se trata de la utilización destructiva de los materiales para descargar emociones negativas intensas como la rabia, la angustia o la impotencia, se puede utilizar la técnica de Dripping, aplastar o golpear materiales blandos, rasgar papeles, romper las obras realizadas y construir con los restos algo nuevo, etc., con una finalidad inminentemente catártica.
- *Arte al servicio de las defensas*: Son producciones que surgen cuando la persona realiza gestos gráficos convencionalmente estereotipados como copiar, remarcar, dibujar siempre lo mismo, etc., además de que señalan que el individuo tiene dificultad en expresar su personalidad

abiertamente e incentivan el dialogo sobre aquellos aspectos causantes de bloqueos.

- *Pictogramas*: Son dibujos que reemplazan o complementan a las palabras como por ejemplo un dialogo entre paciente y terapeuta, solo son comprensibles al observador externo si el autor o terapeuta explican su significado y el contexto en el que surgieron.
- *Expresión formada*: El terapeuta debe ser sensible a las necesidades individuales y así evitar los materiales frustrantes o que resulten difíciles de manejar y dar seguridad con una aproximación a las cualidades de cada medio.

Dentro de los criterios de selección de acuerdo a la técnica y materiales artísticos Nosovsky (2008), hace una clasificación de diferentes materiales que se pueden utilizar de acuerdo a diferentes patologías.

Tabla 3.- Clasificación de materiales de acuerdo a diferentes patologías.

TRANSTORNO	Características	Acuarela	Acrílico	Lápices	Pastel seco	Pastel del oleo
Trastornos de ansiedad	. Hipervigilancia . Hiperactividad . Tensión motora		•	•		•
Depresión	. Tristeza . Falta de energía . Apatía culpa		•	•	•	•
Trastornos de abuso de sustancias	. Yo débil . Vacío existencial . Rituales adictivos	•	•	•	•	•
Trastornos de la conducta alimenticia	. Inseguridad . Emociones incontrolables . Perfeccionismo		•	•	•	•
Trastornos de personalidad	. Conductas destructivas . Hostiles . críticos		•	•		•
Esquizofrenia	. Pensamiento desorganizado . No expresan emociones . Carácter infantil	•	•	•		•

CAPÍTULO V.

APLICACIONES DEL ARTETERAPIA.

“La creación del arte no es la satisfacción de una necesidad, si no la creación de una necesidad”

(Louis Kahn)

El Arteterapia es de carácter multidisciplinar, su efecto integrador permite extender su uso a todo tipo de población: niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad, con cualquier problemática o patología, en todos los casos el objetivo es ayudar al paciente a enfrentar su conflicto ya que mediante las imágenes se llega a la percepción de la fuente de los conflictos mediante la observación de las obras, generando así cambios en el paciente a través de sus propios símbolos y metáforas. En el presente capítulo se mencionan algunos campos de aplicación en la actualidad además de la aplicación en algunas patologías.

Su uso se ha complementado en diferentes ámbitos y contextos de aplicación, los cuales son:

- *En niños y adolescentes:* en este tipo de población, las sesiones individuales son apropiadas para niños que requieren de una atención especial y se utiliza como herramienta de autoconocimiento contribuyendo al bienestar emocional además de que ayuda a expresar miedos, inseguridades, sentimientos y problemas que pueden obstaculizar su desarrollo o dificultades en el aprendizaje que afectan la estabilidad.
- *En educación especial:* el Arteterapia dentro de este contexto, ofrece un espacio para reforzar los aspectos emocionales y psicológicos que influyen en el proceso de aprendizaje como en el comportamiento junto con el autodesarrollo. Los materiales artísticos ofrecen un medio de expresión tangible con la finalidad de explorar necesidades, emociones, fantasías, deseos, conflictos y dificultades de los niños así como comportamientos perturbadores, agresivos o retraimiento y aislamiento.
- *Dentro de cuidados paliativos:* dentro de este ámbito, es eficaz en el tratamiento de personas que padecen algún tipo de cáncer, SIDA, en centros de atención familiar; las actividades artísticas contribuyen a la

expresión de las emociones ayudándolos a abordar con mayor claridad sus problemas.

- *En centros penitenciarios:* En la rehabilitación social de cada interno se orienta sobre la posibilidad de que acepte su grado de culpabilidad; los objetivos artísticos que se producen en las sesiones en este contexto ayudan al desarrollo personal de cada individuo con el propósito de que se reencuentren a sí mismos.

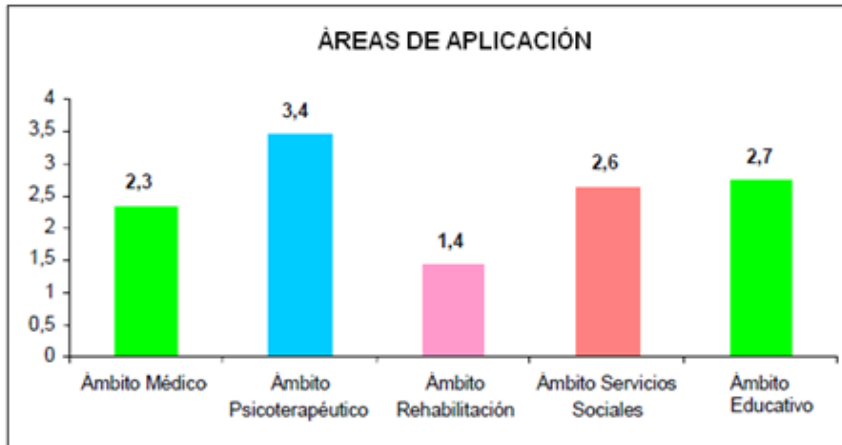
Se mencionaron brevemente solo algunos tipos de aplicación sin embargo se hace mas referencia al ámbito clínico de la psicología de acuerdo a los objetivos del presente trabajo que se describe en el siguiente apartado.

5.1. APLICACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO.

El Arteterapia en un ámbito clínico, es utilizado como un medio para mejorar la fisiología corporal, transformando la actitud mental que la persona tiene hacia sí misma y hacia los demás; en el aspecto fisiológico debido a que las actividades artísticas inducen el paso del estrés junto a la relajación repercutiendo al sistema nervioso central, por otro lado en cuanto a lo mental la creatividad cambia la actitud así como el estado emocional ante la enfermedad y el dolor, enseñando a canalizar los sentimientos, enfrentándolos a una nueva situación, otro aspecto es lo social, ya que transforma la perspectiva de estar con el mundo mejorando la comunicación y los vínculos con los demás.

En una tesis *“La intervención Arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español”*, realizada en España, se aplicó una encuesta a una población de 307 arteterapeutas cuestionando sobre el área de aplicación del Arteterapia, más de la mitad trabajan en el ámbito psicoterapéutico con un 61.6%, seguido del ámbito educativo con el 40%, observándose diferencias poco significativas en el ámbito medico un 33.3% y servicios sociales 30%, concluyendo que esta praxis tiene mayor aplicación al campo psicoterapéutico frente a un ámbito de rehabilitación que tiene el porcentaje más bajo. (López, 2009)

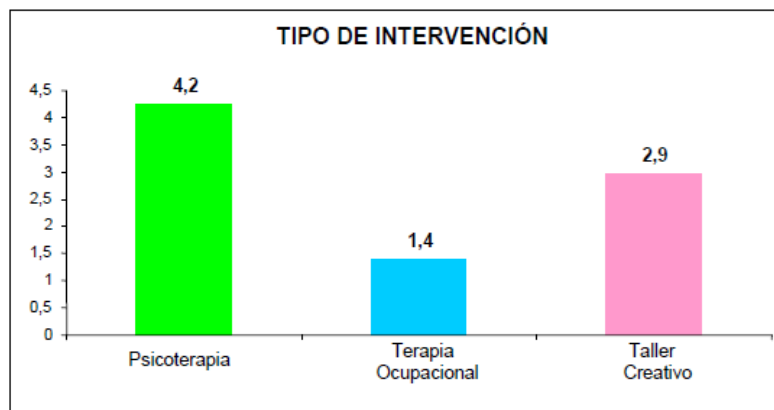
Gráfico 1. "medias sobre la aplicación arteterapéutica".



Así mismo dentro de la misma investigación, se mostró que tres cuartas partes de los participantes siempre y casi siempre consideraron que su intervención profesional está dentro de la psicoterapia, más de un tercio la conciben siempre y casi siempre como un taller creativo y un 35% algunas veces, y la mayor parte de los que participaron opinaron que nunca y casi nunca es una terapia ocupacional.

Los resultados de la medias indican que los arteterapeutas participantes consideran mayoritariamente su intervención como una psicoterapia y en menor medida como un taller creativo, por el contrario la mayor parte rechaza que su intervención sea una terapia ocupacional. (Ver grafica 2)

Gráfico 2. "Contexto de intervención del Arteterapia".



5.2. APLICACIÓN ARTETERAPÉUTICA EN DIFERENTES CONTEXTOS CLÍNICOS.

Respecto de este ámbito, el Arteterapia se utiliza en el tratamiento así como en la ayuda de diagnóstico de trastornos mentales de la población adulta; dentro de las patologías tratables que se describen son: trastorno bipolar, pacientes con intento de suicidio, psicosis, esquizofrenia, desórdenes alimenticios, y en casos de violencia y agresividad. (Sanz, 2008)

5.3.1. Trastorno bipolar.

Según el *DSM-IV*, el trastorno bipolar es un tipo de depresión denominado como trastorno maniaco depresivo, el segundo nombre tiene características de depresión, quien lo padece presenta alteraciones cíclicas en su estado de ánimo presentando periodos de manía en los que la persona se encuentra exageradamente eufórica, irritable, etc., la duración de estos periodos son mínimo de una semana donde la persona se entrega de forma frenética a todo tipo de actividades así mismo dentro de la manía existen sensaciones de autoría, donde se tiene una alta autoestima y gran profusión de ideas, esta etapa tiene una duración mínima la cual se ensombrece con pensamientos nefastos como la desesperanza, consecuentemente surge depresión predominando sentimientos de tristeza, desánimo, sensaciones de vacío, desaliento y profundidad, y ganas de llorar. Mediante el Arteterapia, se trata de restaurar el significado junto con el valor de la vida del paciente, mediante la obras se pueden recrear momentos de dolor así como de sufrimiento convirtiéndose como una fuente de aprendizaje de como ver la experiencia personal desde otra perspectiva, pretendiendo que se responda de forma creativa ante el sufrimiento con el objetivo de dirigirla hacia una dirección adecuada.

Como se mencionó en el capítulo III, la terapia puede ser directiva o no directiva, cuando se trata del paciente depresivo-maniaco la primera sesión suele ser exploratoria por lo tanto es válido que se le pida una obra libre a la persona que acude a las sesiones, cuando existe una crisis el profesional le pide que la realice sin ninguna orientación para poder realizar hipótesis y valoraciones sobre el caso concreto, mediante las obras las personas con trastorno bipolar, logran crear un punto medio al que no acceden normalmente,

las creaciones realizadas son concretas por lo que se deben observar y explorar al ser productos expresivos, es así como las obras de arte se convierten en formas de conocimiento y reconocimiento de los propios sentimientos que sirven para establecer un dialogo, en el que el individuo accede a su propia experiencia, generando comprensión sobre su estado además de brindar la posibilidad de reemprender acciones para retomar la responsabilidad sobre el propio sí. Una de las principales funciones de la terapia es ayudar al paciente a encontrar los mecanismos necesarios para no crear polos extremos de euforia o depresión, lo que quiere decir que la persona logre ser menos vulnerable a lo que sucede en el entorno. (Castillo, 2007)

5.3.2. En casos de violencia y agresividad.

Dentro de algunas condiciones sociales, el abuso de sustancias o las relaciones familiares conflictivas pueden llevar a alguien a cometer agresiones o acciones vandálicas, muchas de estas agresiones se llevan a cabo sin que la propia persona que las realiza no esté muy consciente de las razones por las cual las cometió. Los tipos de comportamientos se pueden encontrar conflictos afectivos derivados a la soledad, el abuso sexual o a la violencia familiar que el paciente no puede manejar de forma racional y que le causan sufrimiento. Es por ello que el Arteterapia presenta una vía de exploración de la situación a la que se llegó y sus motivaciones, ellas comparecen ante un jurado experimentando el rechazo de las personas implicadas en los acontecimientos que generan sentimientos contradictorios difíciles de manejar. Mediante la creación y el contacto con los materiales o texturas creadas la persona puede explorar el cumulo de elementos que influyen en determinados conjuntos de estrategias para asumir su experiencia que en ocasiones terminan con explosiones de ira que desembocan en agresión.

5.3.3. En pacientes con intento de suicidio.

El suicidio tiene connotaciones distintas en cada cultura, el suicidio ha sido causa de estudio de la psicología junto con sociología; se aborda desde la perspectiva de las relaciones intrapersonales y las interpersonales, es decir la forma que el propio individuo se ve y las relaciones que establece con los

demás, de esta forma se define como un periodo de crisis en el cual el sentido de vida se torna inexistente.

El suicidio surge como un fracaso de adaptación, el comportamiento suicida varía de cada persona que experimente el deseo de acabar con su vida, presentando diferencias entre la letalidad de la intención, el grado de comunicación, la actitud social y cultural de la muerte y los objetivos conscientes e inconscientes.

La función de la Arteterapia en casos de suicidio no logrado o en la presencia de ideas suicidas, consiste en la exploración de las fuentes de los conflictos que llevan a alguien a desear la muerte; la creación de las obras, en especial dibujos y pinturas ayudan al paciente a develar su mundo personal y de relaciones con la finalidad de ver los conflictos, carencias, vacíos y problemas de adaptación que le llevan a tener intentos de suicidio.

La terapia es directiva por lo que el terapeuta le tiene que ayudar al paciente con preguntas sobre sus dibujos y creaciones ya mencionadas en el capítulo IV, así mismo tras la descripción que realiza el paciente se encontraran evidencias que le impiden al paciente afrontar la vida de manera fluida y sin dolor, pues la intensidad del dolor es la que genera el deseo de morir.

Por otro lado la expresión en las primeras sesiones se toma en cuenta como una etapa de exploración, lo cual es probable que dentro de las primeras sesiones sea difícil darle forma a los sentimientos de insatisfacción existencial, sin embargo tras la creación paulatina de obras ira describiendo cambios en los dibujos.

5.3.4. *Desórdenes de la alimentación.*

La anorexia y la bulimia nerviosa son trastornos de la alimentación, se relaciona con disturbios emocionales, tiempo atrás eran desórdenes poco habituales, sin embargo en las últimas décadas el porcentaje de mujeres que las padecen ha ido en aumento, la anorexia esta descrita en la historia de la medicina, la cual empezó a ser considerada una enfermedad desde 1980. Las causas de la anorexia son diversas y variadas, el aumento considerable de los casos en los últimos tiempos, hace pensar en la influencia social y cultural que

percibe una imagen delgada para ser perfecta, del mismo modo influyen factores psicológicos, genéticos, bioquímicos y familiares. (Castillo, 2007)

Respecto de estos trastornos el Arteterapia tiene como objetivo que los pacientes que lo padecen tomen conciencia, que obtengan un profundo autoconocimiento de su propia imagen, además de la noción de control; esto se logra a través del análisis de las palabras producidas en las sesiones de forma que identifican sus conflictos y los mecanismos de defensa que se utilizan para resolverlos, afrontarlos o negarlos, así mismo algunas veces esta praxis se utiliza como puente para otro tipo de síntomas de este trastorno. (Castillo, 2007)

El inicio del tratamiento de esta enfermedad suele ser difícil por la negativa que la sufre, tanto al entrar en tratamiento como al comunicar cualquier cosa que tenga que ver con su intimidad, sin embargo el Arteterapia tiene la ventaja de entrañar una visión lúdica producida por la creación que facilita el trabajo del terapeuta, las sesiones son en lugares libres de depresión, algo a lo que enfrentan todo el tiempo estos pacientes, el tratamiento suele tener dificultades al comienzo, sin embargo tras la creación las imágenes internas de los pacientes van tomando forma mediante el proceso de creación.

Tras el trabajo con estos pacientes se consigue que los comportamientos compulsivos u obsesivos que caracterizan la anorexia y la bulimia se pueden abordar para lograr la autonomía así como un control, las producciones de arte hablan de conflictos que generan la producción de nuevas herramientas para hacer frente a los problemas que originan estos trastornos al igual que los problemas derivados que envuelven la vida del paciente.

En el Arteterapia a través de formas, colores, contenidos, asociaciones, explora la personalidad junto con su desarrollo, lo más importante es que se abordan en las sesiones imágenes del propio cuerpo a través del autorretrato que se pueden realizar con diversas técnicas, el terapeuta guía al paciente para que encuadre la relación entre la imagen distorsionada de su cuerpo y las inadecuaciones personales, tanto como a romper con la negación de de sentimientos.

5.3.5 Esquizofrenia y psicosis.

Las personas que padecen de esquizofrenia sufren una enfermedad cerebral compleja en la que se da un desequilibrio en los neurotransmisores, haciendo que los circuitos cerebrales funciones defectuosamente. Pero la esquizofrenia no afecta solamente la percepción sensorial de estas personas, si no que afectan la afectividad, su relación con la sociedad y su manera de concebir las emociones. La mayoría de las personas bajo tratamiento farmacológico controlan y mejoran los episodios alucinatorios de agresividad, sin embargo estos no tienen mayor impacto en la búsqueda de una mejoría en las esferas afectivas y sociales del paciente, en este sentido el Arteterapia es una alternativa oportuna, si bien no de mejoría del cuadro de base, pero favorece, alivia, contiene y estructura los contactos interpersonales así como la expresión de los afectos, puesto que permite al paciente explorar su mundo interior de una manera no amenazadora a través de una relación terapéutica y del uso junto con la exploración de materiales artísticos. Morales y Tobón (2009), señalan que la terapia de apoyo tiene como objetivo reducir síntomas restaurando y mejorando la autoestima, las funciones del ego y las habilidades adaptativas.

Hay tres áreas que se toman en cuenta, son relevantes cuando se trabaja con personas esquizofrénicas: estas son las comunicaciones interpersonales, las intermediarias así como las intrapersonales, estas áreas de comunicación están interrelacionadas y ejercen una influencia continua entre sí.

Una distinción fundamental de los esquizofrénicos que pintan es la relativa al estado de la enfermedad; en el período agudo o en las crisis de agudización de la psicosis suele estimularse la producción; otros pintan durante el estado crónico a veces con gran tenacidad o con repetición de temas y motivos parciales. En pacientes esquizofrénicos la simbolización está inhibida y la capacidad de abstracción como función cognitiva está disminuida por lo que el Arteterapia favorece el tomar cierta distancia de la obra por el paciente, revisando lo que ha plasmado en un espacio no amenazador siendo este otro beneficio a este tipo de pacientes.

El área interpersonal se refiere al potencial para la creación de imágenes, el terapeuta la mantiene con el paciente, se desarrollan interacciones únicas con los materiales artísticos que pueden curar la formación de símbolos.

El área intermedia se relaciona con fenómenos transicionales descritos por Winnicott, (2000) esta área intermedia crea un área de juego en la que el paciente experimenta actividades simbólicas y aprende que no tiene efectos concretos sobre ellos mismos.

Por último el área intrapersonal, es la relación entre el paciente con el terapeuta que incluye las imágenes, la carpeta, el lugar o la ausencia de ellas.

En pacientes esquizofrénicos la simbolización está inhibida y la capacidad de abstracción como función cognitiva superior está disminuida o bloqueada, el Arteterapia favorece el tomar cierta distancia de la obra por parte del paciente y revisar lo que allí ha plasmado en un espacio no amenazador, siendo este otro beneficio. Para la arteterapeuta Reyes (2007), los pacientes con psicosis presentan un estado mental en el cual hay un fracaso de contención, una desintegración, la autora plantea a partir de su experiencia con pacientes psicóticos en el trabajo arteterapéutico los cuales se encuentran en un estado de desintegración, lo concreto de los materiales utilizados, los objetos y transacciones en el medio del *setting*, además de que ayuda progresivamente a establecer un campo interaccional en el cual la identificación intrusiva que utiliza el paciente, así mismo la autora plantea que en una etapa aguda de la psicosis donde se experimentan ansiedades catastróficas, tienden a utilizar el arte “como un medio de identificación intrusiva”, es decir un camino de evacuación intolerable a las ansiedades en los objetos de arte. (*Et. al*) durante los primeros momentos los objetos de arte cumplen la función de contener los elementos internos que el paciente evacua la violencia de la identificación intrusiva, la cual es absorbida sin dañar al paciente ni al terapeuta.

La relación terapéutica, las obras de arte junto con el espacio de trabajo ayudan de manera importante a fortalecer aspectos del “yo” en pacientes psicóticos, los cuales por definición tendrían alterados los límites entre la realidad externa e interna. Otro aspecto es el desarrollo de concentración y destrezas manuales y creativas, así como la organización y motivación es el conjunto artístico. (Fabres, 2011)

Reyes (2007), realiza una revisión de enfoques y aplicaciones del Arteterapia donde los trastornos mentales severos, se basan en observaciones clínicas de terapeutas artísticos, concluyendo en los siguientes factores terapéuticos:

- La auto-observación de la creatividad es un medio de autoconocimiento tanto que revela otros aspectos del yo.
- El manejo y la comprensión de las defensas presentes durante el proceso creativo fortalece funciones *yoicas*.
- Se desarrolla un sentimiento de competencia y mejoría de la autoimagen a través de la experiencia con los materiales artísticos y el logro de ejecutar una actividad positivamente.
- El trabajo artístico ayuda a contener la ansiedad y es un vehículo que favorece la relación.
- Los aspectos irracionales en un contexto creativo se vuelven más tolerables y favorece la exploración de sentimientos no tolerados como por ejemplo la agresividad o las ideas delirantes.
- La aparición de recuerdos de la infancia ofrece una oportunidad de continuidad vital la cual muchas veces ha sido discontinuada por la violencia de aparición de la enfermedad mental.
- La imagen visual creada durante el proceso grupal se constituye en metáfora.

CAPÍTULO VI.

CASO CLÍNICO.

“El arte es la única forma de actividad por la que el hombre como tal se manifiesta como verdadero individuo. Sólo gracias a ella puede superar el estadio animal, porque el arte es una salida hacia regiones donde no dominan ni el tiempo ni el espacio.”

(Duchamp, Marcel)

A continuación se presenta el análisis y evolución de un caso clínico atendido en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) dentro de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza cuya intervención fue estructurada mediante actividades arteterapéuticas. Se presenta la descripción de cada sesión en donde se muestra la aplicación de este modelo de trabajo y los ajustes que se realizan en la práctica de acuerdo al proceso terapéutico, así como la adaptación de los materiales de acuerdo a las necesidades y características del paciente. El caso clínico que se presenta es de una persona de género femenino de 24 años de edad, soltera, con un nivel educativo de una licenciatura trunca en la carrera de contaduría y de religión católica.

Motivo de consulta: la Paciente Identificada (P.I) se presenta en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, en compañía de su madre a solicitar el servicio de psicología por indicación del “Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente”, la P.I tiene prescrito tratamiento médico debido a que presenta delirios de persecución y alucinaciones visuales que derivaron en el abandono de sus estudios e impedir que saliera de su casa.

“La cuestión por la cual vine al servicio es que he sido mala con las personas por que dije algunas cosas que no debía y a raíz de esto algunas personas me están siguiendo y yo siento que esas personas que me están siguiendo me quieren hacer daño. Mis vecinos me están siguiendo porque que dije cosas que no debía decir y siento que eso hizo que me siguieran a todas partes por que dije cosas que no debía decir, me empezaron a seguir a todos lados si yo salía ellos me empezaban a seguir en una camioneta negra”. (Sic. P.I)

Es atendida en el programa de servicio social “Atención Psicológica para el público en general”; la terapeuta encargada recibe el caso y al no tener apoyo de la psiquiatra para establecer su diagnóstico recurre al neuropsicólogo para integrar un diagnóstico y posible eje de tratamiento. El neuropsicólogo evalúa a

la P.I y determina que se trata de una esquizofrenia “cristalizada” por lo que sugiere un tratamiento de Arteterapia a través de la pintura con la finalidad de que este recurso a mediano o a largo plazo le permita continuar con su proyecto de vida.

Los elementos del proceso Arteterapéutico que se utilizaron se describen a continuación:

Tipo de intervención: fue de manera individual con la intención de que sus obras plásticas las realizará sin tener el prejuicio de su mamá además de que por las ideas de persecución era aconsejable propiciar un ambiente autónomo. Solo en la séptima sesión se trabajó en modo grupal con la participación del apoyo de la psicóloga encargada y con la mamá de la paciente con la intención de que conociera el trabajo que se había llevado a cabo, también para que corroborara si había visto cambios dentro de su contexto social.

Organización del espacio: se llevó a cabo en los cubículos UZ-PA-01, UZ-PA-05 y en la cámara Gessell UZ-PA del anexo de la clínica universitaria de la FES-Zaragoza; las condiciones de trabajo se tuvieron que adaptar al no contar con el espacio adecuado para la manipulación de los medios plásticos utilizados.

Organización temporal: consiste en la duración del proceso el cual fue muy breve que consistió de 8 sesiones algunas con un lapso de una semana y otras con un lapso de 15 días. Las sesiones se realizaron los días lunes generalmente en un horario de 12:00 a 1:00 pm semanales o quincenales de una hora de duración en un periodo de 4 meses.

Tipo de sesión: de la segunda sesión a la octava fueron directivas, lo cual significa que el terapeuta determinó en las sesiones la actividad, material y técnica a realizar esto para acelerar el proceso terapéutico y que se obtuvieran más rápido los cambios.

Estructura de cada sesión: cada sesión se dividió en elementos del proceso Arteterapéutico tal y como se desarrollaron en teoría los cuales el caso clínico demuestra cómo llevarlos a la práctica, son los siguientes:

Objetivos: la sesión 1 y 2 se establecieron de acuerdo al proceso de la praxis (Exploración de motivo de consulta y la vinculación del paciente con los materiales plásticos), el resto de los objetivos se implementaron de acuerdo a la actividad y con la información que la P.I comunicaba, son:

- ♦ Explorar las técnicas y actividades desde un punto de vista terapéutico facilitando la toma de conciencia de sentimientos y emociones
- ♦ Reducir ansiedad
- ♦ Reconocimiento sobre sí mismo.
- ♦ Ayudar en la expansión, a la experimentación, exploración y expresión personal.
- ♦ Estimular la posibilidad de ver las cosas desde otra perspectiva
- ♦ Favorecer las relaciones en el entorno social y mediante las obras conocer cómo se desarrolla en un contexto social.
- ♦ Potenciar la capacidad creativa.
- ♦ Brindar un espacio activo de escucha y dialogo.
- ♦ Planear proyecto a futuro.
- ♦ Estimular la comunicación inconsciente a través de la pintura.

El título de las sesiones se estableció de acuerdo a lo que se trabajo en la sesión de acuerdo al material, a la técnica o según al nombre de la obra plástica.

Etapa de inicio: dentro de esta etapa se establece un *rapport* con la paciente, en la primera sesión sirvió para la obtención de información bio-psico-social sobre su problema, sobre el motivo de consulta, además de indagar si tenía conocimientos previos con actividades artísticas en especial con la pintura. Así mismo se establecieron los aspectos formales que se mencionan con detalle en el siguiente apartado de la descripción de las sesiones.

Para las siguientes sesiones, de la segunda a la octava la etapa de inicio consiste en el establecimiento de un *rapport* para hacer un mejor vínculo terapéutico y que la paciente sintiera un ámbito de confianza. Consiste en preguntarle ¿Cómo ha estado?, ¿Cómo se ha sentido?, ¿qué ha hecho en el lapso de tiempo de las sesiones?

En la etapa intermedia: el cual consiste en involucrar a la paciente con los materiales y se le da la indicación de la actividad a realizar en esta etapa con la intención de que desarrolle un proceso de expresión que da hincapié a la relación triangular paciente-obra-terapeuta donde se experimenta con la

actividad simbólica que aparece en la obra plástica y se usa como herramienta alterna de intervención.

Decodificación de la obra: es elemental para la estructura de la obra la cual cumple con cuatro funciones generales: determinación de problemas y necesidades de la paciente. Predicciones de comportamientos futuros, supervisión de cambio y reconocimiento de finalización del tratamiento.

Los elementos que se toman en cuenta para la decodificación son:

Título: se le pide a la paciente que titule la obra el cual redefine la intencionalidad de la obra cobrando vida de las experiencias, sentimientos, miedos, etc., sobre la obra realizada.

Firma: cuando finaliza la obra y la considera terminada

En segundo lugar el trabajo de la obra tiene que ser considerado como un mensaje que el paciente descubrirá el significado pero también se le ayudará a decodificar la imagen donde se toman en cuenta las siguientes preguntas en base a la teoría de acuerdo Barragán (2006):

- **Dimensión experiencial:**
 - ♦ *¿Qué sentimiento o ideas te vienen a la cabeza en presencia de la obra?*
 - ♦ *¿Te identificas de alguna manera con la obra?*
 - ♦ *¿Te gusta, te desagrada pero te parece interesante?*
 - ♦ *¿Cómo describirías la personalidad de la persona que la realizó?*
- **Dimensión temática simbólica:**
 - ♦ *¿Qué crees que cuenta o comunica la obra?*
 - ♦ *¿Qué idea te transmite, o qué pensamiento te sugiere?*
- **Dimensión Formal:**
 - ♦ *¿Cuáles son los elementos formales que discrimina (estructura, composición, centros de atención, iluminación, colores, etc.)?*
 - ♦ *¿Cómo afectaría a esa obra otra composición al significado de la obra?*
- **Dimensión material:**
 - ♦ *¿Cómo influye el material al tema?*
 - ♦ *¿Cómo afecta el material a la configuración formal y contenido de la obra?*

Cierre de la sesión: Se hace la retroalimentación general de la paciente de acuerdo a como se sintió durante toda la sesión, se le pide un comentario final como parte de un registro de que le pareció trabajar con dicho material, técnica, etc., en esta fase también sirve para dejar tareas y establecer la consecutiva cita.

6.1. DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES.

Sesión 1.

Fecha: 12 marzo 2012

Hora: 11:00 am

“EXPLORACIÓN Y RAPPORT”.



La primera sesión se inició con un *rapport*, además de que se le realizó una breve entrevista para la obtención de información bio-psico-social para el conocimiento del motivo de consulta de la P.I; se le explicó que se trabajaría con un enfoque Arteterapéutico, el cual consiste mediante la utilización de medios plásticos como pinturas, plastilina, acuarelas, colores, gises pastel, etc., de acuerdo a actividades terapéuticas para ayudar a externalizar conflictos emocionales, después de la explicación del Arteterapia se le recalcó que no tratara de conseguir un dominio técnico puesto que no se calificaba la estética.

Se establecieron los aspectos formales como la asistencia puntual, el cuidado de los materiales del lavado de los pinceles para una mayor duración; de lado del terapeuta se enfatizó el compromiso de confidencialidad de todo lo que suceda en el espacio terapéutico.

Finalmente se exploró con la P.I si tenía el conocimiento previo con alguna actividad artística, respondiendo que había trabajado tarjetería española; las cuales casualmente llevaba ese día. De las 7 tarjetas que llevó se le indico que eligiera una con la que se identificara, eligió una oración de nombre “*Dios, hazme ir más despacio*”, (ver figura 3), refiriendo que después de su enfermedad la oración le ayudaba a sentirse un poco mejor puesto que estaba triste por haber pausado sus estudios a causa de su enfermedad.

En la parte posterior de la imagen la P.I escribió lo siguiente:

“Esta oración es muy importante para mí ya que siempre pensaba en el futuro ya que al estudiar y trabajar me permitiría tener una vida más estable, cómoda y un mejor trabajo”.

Figura 2. Título: "Dios hazme ir más despacio".

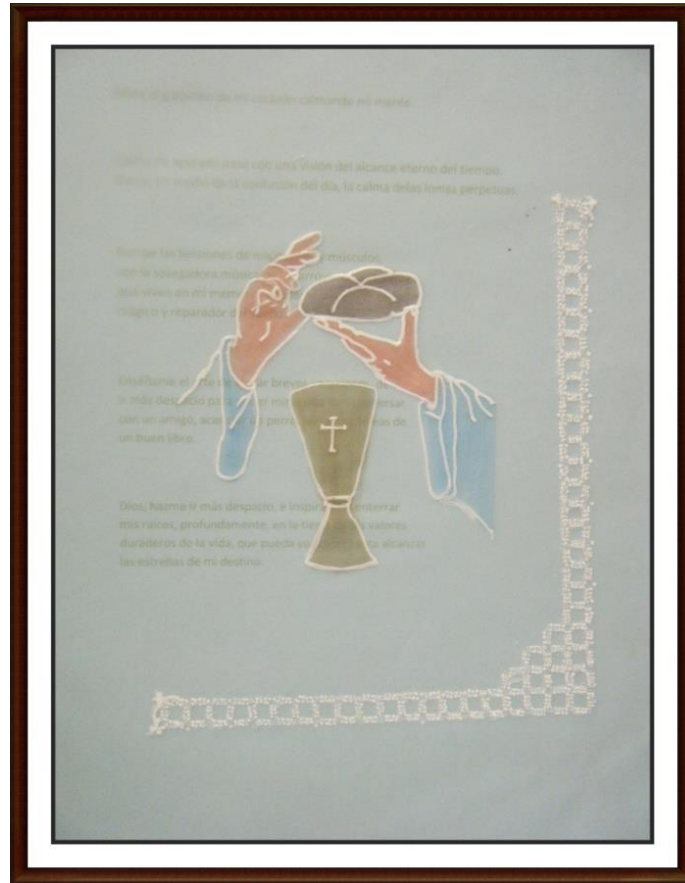
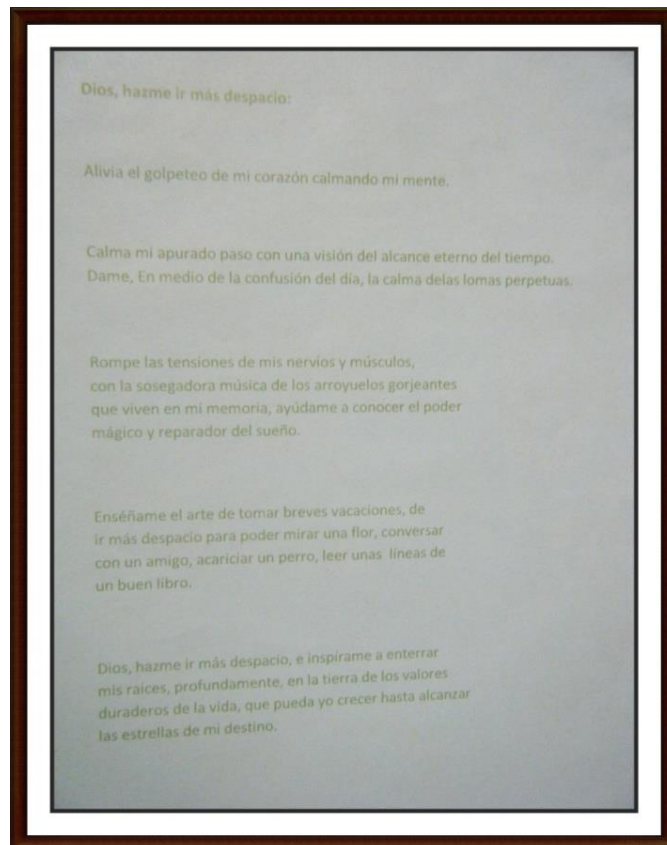


Figura 3. Oración "Dios hazme ir más despacio".



**CIERRE DE LA
SESIÓN.**

A pesar de que la sesión fue breve se obtuvo información valiosa sobre la esfera psico-social, donde la religión ayuda a la P.I. a sentirse mejor y en el área emocional gracias a las tarjetas se accedió a descubrir lo que le causaba una gran tristeza así como parte de su motivo de consulta; refiere que no se había percatado del gran significado de sus tarjetas hasta que se le cuestionó sobre si se tenía una identificación respecto de ellas.

Asignación
de tareas.

Para finalizar la sesión se le asignó su siguiente cita en 15 días, dejándole como tarea que comprara su material trabajo para las siguientes sesiones (Pintura acrílica, un octavo de papel ilustración, un block de dibujo, pinceles, recipiente para el lavado de pinceles, lápiz y colores. (Se asignó este tipo de material, debido a que es de baja dificultad de ejecución además de que los medios fluidos ayudan a la experiencia afectiva y cognitiva de los pacientes)).

Sesión 2.

Fecha: 26 Marzo 2012.

Hora: 12:00 pm

“EXPLORACIÓN: PRESENTACIÓN DE MATERIALES Y TÉCNICAS”.

Estructura de la sesión: Directiva.

Materiales: Pintura acrílica, gises pastel, crayolas, colores, pinceles, papel ilustración, godette.

Técnica plástica: Pintura con acrílico.

Objetivos:

- Dar a conocer de manera general los diferentes tipos de materiales.
- Mostrarle una nueva visión de utilizar los medios plásticos como parte del reconocimiento de “sí mismo”.

Tras la exploración del motivo de consulta se involucran los materiales plásticos en la actividad terapéutica.

**Etapa de
Inicio**

Se inició la sesión con un breve *rapport*.

**Revisión de
tareas**

Se le pidió que mostrará el material que se le había pedido en la sesión anterior con la finalidad de hacerle una introducción de los materiales de trabajo explicando las técnicas básicas que se utilizan.

**Etapa
Intermedia**

Se le dio una breve introducción de que la pintura es un viaje creativo y que esta ha sido utilizada como medio de expresión para descubrir o transformar sentimientos y emociones que facilitan la expresión. Se le explicó que los materiales que se iban a utilizar durante todo el proceso

serían acrílicos, plastilina, gises, acuarelas, etc.; se le recalcó nuevamente que el sentido estético de sus dibujos no será evaluado y que el principal objetivo es que ella externalice emociones, sensaciones, miedos, incertidumbres, etc.

Actividad: Se le indica a la P.I que separé su lienzo de trabajo en dos partes y que a través de la pintura plasmara de un lado aspectos positivos y que del lado contrario que plasmara cuestiones negativas sobre su motivo de consulta.

Figura 4. Título de la obra: “Los mejores momentos de mi vida”.



Decodificación de la obra.

Una vez que la P.I. terminó su obra se inicia con el proceso de evaluación, se le pide que nombre y firme su obra dentro de la cual la titula como “Los mejores momentos de mi vida”. (Ver figura 4)

Para la decodificación del contenido de la obra se le realizaron las siguientes preguntas:

❖ Dimensión experiencial:

- ▲ T. ¿Qué sentimientos o ideas te vienen a la cabeza en presencia de la obra?
P. Lo que me gusta y lo que me desagradaba en ese momento.
- ▲ T. ¿Te identificas de alguna manera con la obra?
P. Sí, ya que era por lo que estaba pasando por ese momento.

- ▲ T. ¿Te gusta, te desagrada, por qué?
P. *Si me ayuda bastante con esta pintura me identifique.*
- ▲ T. ¿Cómo describirías la personalidad de la persona que la realizó?
P. *Como una persona con ganas de estar bien y sentirse mejor.*

❖ **Dimensión temática simbólica:**

- ▲ ¿Qué crees que cuenta o comunica la obra?
P. *Que me gusta mi casa y mi familia y me desagradan los problemas que tuve en la escuela.*
- ▲ ¿Qué idea te transmite, o que pensamiento te surge al ver tu obra?
P. *Que se refleja lo que me estaba pasando.*

❖ **Dimensión Formal:**

- ▲ ¿Cuáles son los elementos formales que discrimina (estructura, composición, centros de atención, iluminación, colores, etc.)?
P. *Lo que yo sentía que también me sentía mal en este momento*

❖ **Dimensión material:**

- ▲ ¿Cómo influye el material al tema?
P. *Muy bueno da luz o un camino por el cual seguir adelante y otro fuerte por lo que estaba pasando.*
- ▲ T. ¿Cómo afecta el material a la configuración formal y contenido de la obra?
P. *Sentimientos encontrados y confusos que en la realidad no estaban pasando.*

Se observa la exploración del motivo de consulta reflejado en la obra.

Dibujo a): La P.I describe que su familia es la que la ha ayudado además de que es lo que la hace feliz, se le pregunto a ella que con que personaje se identifica y es el personaje de en medio de color morado y los demás son sus padres, hermanos y sobrinos.

Dibujo b): Describe que es su enfermedad plasmando a la gente que sentía que la seguía y hablaba mal de ella diciendo chismes sobre ella y su familia, también refiere que por problemas con sus compañeros de la escuela tenía muchos problemas y que la carrera (Contaduría) no le agradaba del todo queriéndose cambiar a pedagogía, sin embargo debido a su enfermedad tuvo que pausar sus estudios y que esto le causaba mucho dolor. Respecto a esto se le hizo ver que era importante primeramente cuidar su salud.

Cierre de la sesión

Al término de la sesión se cierra con una retroalimentación del trabajo realizado.

“Me sentí muy agusto, aprendí algo nuevo y novedoso que nunca había hecho a pesar de estar o tener 24 años que para algunas personas sería o lo tendría que hacer un niño de kínder o primaria. Y la atención de la terapeuta y calma”.
(Sic P.I.)

Asignación de tareas.

Para finalizar la sesión se le asignó su siguiente cita en 15 días, pidiéndole como tarea la realización de una línea de tiempo sobre su vida con la intención de recalcar los eventos más primordiales.

Observaciones: La P.I colaboró con todas las indicaciones, se observó un poco nerviosa en cuanto a la utilización de los materiales, a lo que refirió que no sabía pintar y que dibujaba feo; dentro de la praxis Arteterapéutica es usual que los pacientes comenten que no saben dibujar, en este caso se comprobó, sin embargo se le aclaró que la intención de la sesión era que experimentara la sensación de trabajar con los materiales, ya que no se evaluaba lo estético, si no el contenido de sus imágenes realizadas. Presentó llanto cuando describió su segunda pintura.

Sesión 3.

Fecha: 9 Abril 2012

Hora: 12:00 pm

“LO QUE SE VE, LO QUE NO SE VE Y ESTÁ AHÍ”.

Estructura de la sesión: Directiva.

Técnica plástica: Pintura con acrílico.

Materiales: Pintura acrílica, pinceles y block de dibujo.

Nombre de la Actividad:

Objetivos:

- Indagar la presencia sobre las ideas de persecución a través de la obra plástica.



Se inicia la sesión con un breve *rapport*.



Se hace la revisión de la tarea (*Línea de vida*, ver figura 5) que se solicitó en la sesión anterior, para la obtención de información sobre aspectos primordiales, así como para que la P.I se diera cuenta de los eventos que han tenido una influencia, positiva o negativa en su vida además de que incrementa la conciencia acerca de sus recursos personales

Figura 5. Línea de vida.



En la parte posterior la P.I narra los acontecimientos más relevantes:

- 1987 – *Nacimiento*
- 1993-1999= *5-6 Kinder*
- 1999-2002= *Secundaria*
- 2002-2005= *Prepa (Fiesta de 18 años, Servicio Social)*
- 2005-2009= *Trabajo y escuelas >2009 título y cedula profesional*
- 2010= *Aparentemente me enfermo y me compongo rápido solo que duro como cuatro meses pero aun no me dan el medicamento en el psiquiatra.*
- 2011= *como un año y medio con tratamiento*
- 2012= *Salgo de la escuela y viene la recaída pero de inmediato me compongo gracias a la fe que le tengo a un santo o a varios, junto con el psiquiatra y la FES- Zaragoza.*

Tras la observación de la obra se le cuestionó sobre el color obscuro en el presente lo cual respondió que era el momento donde a causa de su enfermedad deo de asistir a la universidad.

Se le explico a la P.I la importancia de la tarea, la cual sirvió para que evocara recuerdos positivos y negativos, sin embargo a futuro podría revisar su línea de

vida como un recurso para entender lo que había pasado y así poder construir decisiones y acciones.

Etapas Intermedia.

Actividad: Se le dio la instrucción a la P.I que reflexionara la frase la frase: *“Lo que se ve, lo que no se ve y está ahí”* y con este título plasmara una obra. (Ver figura 6)

Figura 6. Título de la obra: *“Lo que se ve, lo que no se ve y está ahí”*.



Decodificación de la obra.

Una vez que la P.I. terminó su obra se inicia con el proceso de evaluación, se le pide que firme su obra ya que el título se le dio con la intención que tuviera una reflexión con el título: *“Lo que se ve, lo que no se ve y está ahí”*, para indagar si dentro de la proyección se mostraban indicadores de que continuara con alucinaciones o delirios de persecución. (Ver figura 6)

Para la decodificación del contenido de la obra se le realizaron las siguientes preguntas:

❖ **Dimensión experiencial:**

- ▲ T. ¿Qué sentimientos o ideas te vienen a la cabeza en presencia de la obra?
P. Que quiero mucho a mi familia ya que ellos son mi apoyo y que cuando estuve enferma me sentía muy mal.
- ▲ ¿Te identificas de alguna manera con la obra?
P. Sí porque yo pedí ayuda para estar muy bien.
- ▲ T. En esta pregunta también se le cuestiono con quien de las personas que dibujo se había identificado por lo que respondió que:
P. Con la persona que pinto de morado.
- ▲ T. En el anterior dibujo se había identificado con la persona de morado por lo que consecuentemente se le preguntó que por qué se identificaba con las personas de color morado a lo cual respondió:
P. Investigue en internet el significado del color morado y encontré que era como enfermedad psiquiátrica.
- ▲ ¿Te gusta, te desagrada, por qué?
P. Sí porque conseguiré ir mejorando con el paso de las sesiones.
- ▲ ¿Cómo describirías la personalidad de la persona que la realizo?
P. Como una persona cada vez mas fuerte con ganas de salir adelante.

❖ **Dimensión temática simbólica:**

- ▲ ¿Qué crees que cuenta o comunica la obra?
P. Lo que yo pensaba y veía y ellos decían que no era cierto y que estaba en un error y necesitaba ayuda.
- ▲ ¿Qué idea te transmite, o que pensamiento te surge al ver tu obra?
P. Tranquilidad y seguridad de que todo estará bien.

❖ **Dimensión Formal:**

- ▲ ¿Cuáles son los elementos formales que discrimina (estructura, composición, centros de atención, iluminación, colores, etc.)?
P. Muy fuertes ya que en el reflejan mi persona y que se sentía que me seguían.

❖ **Dimensión material:**

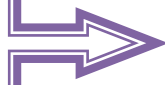
- ▲ ¿Cómo influye el material al tema?
P. Muy bonito la pintura refleja muchas cosas y expresar tus sentimientos, sobre este material te hace sentir muy bien.

- ▲ ¿Cómo afecta el material a la configuración formal y contenido de la obra?

P. Al verlo plasmado mi persona como me sentía en ese momento.

La P.I hace su descripción de que es su familia, la iglesia (casa de color negro) así como las personas que antes sentía que hablaban mal de ella o la perseguían, se descubrió como a través de la simbolización de su persona con el color morado se etiquetaba como una persona enferma por que para ella el color morado significaba “enfermedad mental”, ya mostrando este símbolo de identificación en la sesión pasada.

Cierre de la sesión



Al término de la sesión se cierra con un comentario en general del proceso de trabajo realizado por parte del paciente.

“Me agrado bastante la pintura, a partir de que voy al psicólogo y a la iglesia veo cosas distintas en o cerca de mi casa, ya nos hablan más personas y eso me hace sentir muy bien, para mi familia es normal pero para mí no, de antemano me hace sentir que no soy la única que tiene problemas y que puedo seguir ayudando a los demás y gracias por la paciencia y la confianza de platicar lo que siento y pienso y me ayuda bastante esta terapia (...) artística”.
(Sic P.I)

Asignación de tareas

Para finalizar la sesión se le agenda la siguiente cita en un una semana, *no se le dejó tarea.*

Observaciones: La actividad se realizó con la finalidad de evaluar el área cognitiva aportando información sobre pensamientos, en el área emocional para prever las respuestas emocionales sí aún se seguían presentando los delirios de persecución y las alucinaciones visuales.

En el área emocional aun se muestra deprimida y presenta llanto durante la descripción de la obra. Se nota una baja capacidad de la representación cognitiva

“COLLAGE”.

Estructura de la sesión: Directiva.

Técnica plástica: Collage

Materiales: cartulina, varios recortes, adhesivo, tijeras, gises pastel, lápiz, goma.

Objetivos:

- Reducir ansiedad
- Reconocimiento sobre sí mismo.
- Ayudar en la expansión, a la experimentación, exploración y expresión personal.
- Estimular la posibilidad de ver las cosas desde otra perspectiva.

Inicio de sesión



Se inicia la sesión con un breve *rapport*. Se introduce una nueva técnica y un nuevo material (collage y gises pastel) de trabajo se le da una breve introducción de los mismos.

Etapas Intermedia.



Actividad: Se le dio la instrucción a la P.I que dibujara la silueta de una persona, una vez terminada la silueta se le indicó que seleccionara los recortes que le agradaran más e hiciera un collage dentro de la silueta y que al terminar el fondo lo pintará con gises pastel.

Figura 7. Título de la obra: "Es lo que más me agrada y soy feliz en este momento".



Figura 8. Collage.



Decodificación de la obra.

Una vez que la P.I terminó su obra se inicia con el proceso de evaluación, se le pide que nombre y firme su obra a la cual llama :
“Es lo que más me agrada y soy feliz en este momento”. (Ver figura 7 y 8)

Para la decodificación del contenido de la obra se le realizaron las siguientes preguntas:

❖ Dimensión experiencial:

- ▲ ¿Qué sentimientos o ideas te vienen a la cabeza en presencia de la obra?
P. Estoy yo plasmada en la pintura sin imaginarlo.
- ▲ ¿Te identificas de alguna manera con la obra?
P. Sí, ya que soy yo y dentro del collage esta todo lo que me agrada.
- ▲ ¿Te gusta, te desagrada, por qué?
P. Me gusta ya que se combinan muchos colores expresivos y le da luz y esperanza por hacer cosas nuevas.
- ▲ ¿Cómo describirías la personalidad de la persona que la realizo?
P. Como una persona que se siente mejor y muy feliz.

❖ Dimensión temática simbólica:

- ▲ ¿Qué crees que cuenta o comunica la obra?
P. Lo que me agrada y lo que me gustaría hacer.
- ▲ ¿Qué idea te transmite, o que pensamiento te surge al ver tu obra?
P. Esperanza y ganas de seguir adelante.

❖ Dimensión Formal:

- ▲ ¿Cuáles son los elementos formales que discrimina (estructura, composición, centros de atención, iluminación, colores, etc.)?
P. Que dentro de todo hay algo fuerte por lo que pasaba como el color negro y morado que transmitían mis gustos.

(Se corrobora el simbolismo de la proyección con el color morado de la sesión dos y tres)

❖ **Dimensión material:**

- ▲ ¿Cómo influye el material al tema?

P. Me gustó demasiado como quedo y la técnica es muy buena.

- ▲ ¿Cómo afecta el material a la configuración formal y contenido de la obra?

P. Que aun me estaba recuperando de este acontecimiento tan fuerte por el que pase.

La P.I inició a dibujar con un gis amarillo, en sesiones anteriores se había simbolizado con un color morado ante esto se le preguntó el por qué ahora había elegido el color amarillo y no el morado, a lo que respondió que era porque ya no se sentía enferma y estaba más feliz de que el color amarillo para ella expresaba luz, lo cual indica que se están teniendo mejorías en cuanto al estado de ánimo que presentó en las dos sesiones anteriores.



Al término de la sesión se cierra con un comentario general del proceso del trabajo realizado:

“Me agrado muchísimo, me sentí más libre y pude transmitir cosas que me agradan y darme cuenta que hay otros colores que me gustan y aparte me dibuje y me vestí sin darme cuenta hasta el final de la sesión”. (Sic P.I)

Asignación
de tareas

Para finalizar la sesión se le asigno la siguiente cita en un periodo de quince días, *no se le asigno tarea.*

Observaciones: Una de las premisas del Arteterapia es que el paciente realice imágenes de “sí mismo” sin que se dé cuenta lo cual se comprobó en esta sesión tras el comentario final: P.I.- (...) me dibuje y me vestí sin darme cuenta hasta el final de la sesión”, esto fortalece el “yo” para tener una mejor relación consigo mismo y con el entorno. El cambio de material obedece a cuestiones de tipo metodológico con la finalidad de no encasillar al paciente con una sola técnica de trabajo.

Sesión 5.

Fecha: 7 mayo 2012

Hora: 12:00 pm

“QUEMAR PENDIENTES”.

Estructura de la sesión: Directiva.

Técnica plástica: Mixta (Modelado de plastilina y pintura).

Materiales: Papel ilustración, plastilina, pinturas acrílicas, pinceles.

Nombre de la actividad: “Exploración de logros y pendientes dentro de terapia”.

Objetivos:

- Explorar los logros que se han desarrollado a través de las sesiones
- Conocer los pendientes y preocupaciones del paciente

Inicio de sesión

Se inicia sesión con un breve *rapport*.

Etapas Intermedia.

Se le hace una breve introducción sobre la técnica del modelado de plastilina haciéndole notar que es un material maleable y fácil de utilizar.

Actividad: Se le indicó a la P.I que cerrara los ojos, formando tres esferas y pensara un nombre de cada logro obtenido dentro de las sesiones anteriores sin que los mencionará hasta que se le diera la siguiente instrucción, una vez formadas las tres esferas lo siguiente fue que mezclara tres colores plasmando una persona sin importar la forma. Al término se le proporcionaron tres colores diferentes para que simbolice los pendientes e inquietudes a tratar dentro de la terapia. Una vez terminado el trabajo se pidió que los espacios en blanco los pintara con acrílico.

Figura 9. Título de la obra: *Un nuevo camino por recorrer.*



Decodificación de la obra.

Una vez que la P.I. terminó su obra se inicia con el proceso de evaluación, se le pide que nombre y firme su obra. (Ver figura 9)

Para la decodificación del contenido de obra se le realizaron las siguientes preguntas:

❖ Dimensión experiencial.

- ▲ ¿Qué sentimientos o ideas te vienen a la cabeza en presencia de la obra?
P. Estoy yo y estoy muy bien.
- ▲ ¿Te identificas de alguna manera con la obra?
P. Sí ya que no se que pasara más adelante.
- ▲ ¿Te gusta, te desagrada, por qué?
P. Me gusta ya que me siento muy mejorada.
- ▲ ¿Cómo describirías la personalidad de la persona que la realizo?
P. Que se siente muy bien con ganas de empezar de nuevo.

❖ Dimensión temática simbólica:

- ▲ ¿Qué crees que cuenta o comunica la obra?
P. Cosas buenas por venir y aprovecharlo para seguirme superando.

- ▲ ¿Qué idea te transmite, o que pensamiento te surge al ver tu obra?
P. Paz, tranquilidad y seguridad.

❖ *Dimensión Formal:*

- ▲ ¿Cuáles son los elementos formales que discrimina (estructura, composición, centros de atención, iluminación, colores, etc.)?
P. Ninguno ya estoy muy bien.

❖ *Dimensión material:*

- ▲ ¿Cómo influye el material al tema?
P. Me gusto mucho combinar las pinturas y los colores.
- ▲ ¿Cómo afecta el material a la configuración formal y contenido de la obra?
P. Ninguno ya me siento muy bien.

Respecto a los tres logros los nombró como:

- Se ven reflejadas las funciones y beneficios del Arteterapia*
- Vencí el miedo
 - Descubrí virtudes
 - Disminuir el estrés

En cuanto a los pendientes solo mencionó sobre la duda de que trataba el sistema en línea de la carrera de pedagogía de la UNAM, por lo que se le invito a visitar la página con los programas de la carrera por internet.



Al término de la sesión se cierra con una retroalimentación del trabajo realizado.

“Fue muy interesante para mi esta sesión ya que me ayudo a darme cuenta de que si he ido avanzando en mis sesiones y me ha servido mucho las terapias” (P.I)

- Asignación de tareas
- Para finalizar la sesión se le asigno la siguiente cita en un periodo de quince días. Se le solicitó como tarea que realizara una obra donde describiera los sucesos positivos y negativos que le sucedieran a través de la semana.

Observaciones: En el inter del tiempo establecido de la previa consulta la P.I acudirá a su consulta psiquiátrica, lo cual servirá de referencia para la siguiente sesión. Nuevamente se hace la introducción del modelado de plastilina con la intención de no encasillar a una misma técnica.

Sesión 6.

Fecha: 21 mayo 2012

Hora: 12:00 pm

“PROYECTO A FUTURO”.

Estructura de la sesión: Directiva.

Técnica plástica: Pintura y Dibujo

Materiales: Block y lápiz.

Objetivos:

- Explorar el contexto del paciente con la intención de ver cómo se desarrolla en su contexto social a través de la obra que realizó en su casa.
- Que el paciente expusiera lo aprendido dentro de las sesiones.
- Plantear un proyecto a futuro.

Inicio de sesión



Se inicio la sesión con un *rapport*.

Revisión de tareas



Se hizo la revisión de su tarea donde se le había pedido que realizara una obra donde describiera los sucesos positivos y negativos que le sucedieran a través de la semana con la intención de conocer como se manejaba en su entorno la P.I, además de poder indagar como iba a utilizar los recursos y creatividad para la realización de la obra sin que interviniera un tiempo de creación como en terapia, además de no tener la supervisión del terapeuta. Se le cuestionó sobre su cita en el psiquiátrico Ramón de la Fuente;

la P.I refirió que le cambiaron de psiquiatra, consideró un mejor trato por parte de la doctora, además de que le bajaron la dosis al Valproato de Magnesio.

Figura 10. Título de la obra: "Soy feliz en este momento y tengo muchos planes próximamente".



Figura 11. "Soy feliz en este momento y tengo muchos planes próximamente", (lado posterior).



Para la decodificación y obtención de información de la tarea, se realizaron las siguientes preguntas.

❖ **Dimensión experiencial:**

- ▲ ¿Qué sentimientos o ideas te vienen a la cabeza en presencia de la obra?
P. Lo que más me gusta y me hace sentir mejor.
- ▲ ¿Te identificas de alguna manera con la obra?
P. Sí ya que refleja mi personalidad.
- ▲ ¿Te gusta, te desagrada, por qué?
P. Me gusta es lo que hago en el momento.
- ▲ ¿Cómo describirías la personalidad de la persona que la realizó?
P. Feliz y contenta y entusiasmado por lo que venga.

❖ **Dimensión temática simbólica:**

- ▲ ¿Qué crees que cuenta o comunica la obra?
P. Lo que me pasó en la semana y me hace sentir muy bien.
- ▲ ¿Qué idea te transmite, o que pensamiento te surge al ver tu obra?
P. Felicidad, alegría y valor.

❖ **Dimensión Formal:**

- ▲ ¿Cuáles son los elementos formales que discrimina (estructura, composición, centros de atención, iluminación, colores, etc.)?
P. No afecta

❖ **Dimensión material:**

- ▲ ¿Cómo influye el material al tema?
P. Se combinan y es muy bueno y resalta mi personalidad.
- ▲ ¿Cómo afecta el material a la configuración formal y contenido de la obra?
P. No afecta.

Dentro de esta sesión se trabajó con una obra que se dejó de tarea, (*ver figura 10*), la descripción de Maribel proyecta que el trabajo en la iglesia la mantiene ocupada y que eso la hace feliz, es por ello que se plasma dentro de la iglesia. Del otro lado describe que el círculo es el mundo donde se encuentra, se muestra en la figura como Maribel realiza obras más complejas, realizó un dibujo con fondo e interpretándolo se puede ver que la parte amarilla da forma hacia un camino, de esto Maribel describe que es el camino por el cual está recorriendo, sin embargo refiere mejoría lo cual se refleja en el título de la obra, también se muestra su relación simbolizada de la religión.

Etapa Intermedia.

Para complementar la sesión se le pidió la siguiente actividad.

Actividad: se le dio la indicación a la P.I de que realizara un proyecto a futuro con metas a corto plazo con la intención de saber cuales se habían cumplido y cuales quedaban pendientes para trabajar.

Se le dieron las siguientes etiquetas para la realización de dicha actividad

1. ¿Qué voy a programar?

2. ¿Para qué? o ¿Por qué?,

3. ¿Cómo se va llevar a la práctica?

4. ¿Con que recursos?

5. ¿Cómo se aplicaría a mi vida cotidiana?

¿Qué voy a programar?

- **Darme de baja definitiva del tecnológico**
- **Buscar trabajo**
- **Dejar solicitudes de empleo**
- **Buscar otra escuela**
- **No me gusta la carrera**
- **Obtener recursos**
- **Distraerme**
- ♦ **Ya trabajando o asistir a la nueva escuela**
- ♦ **Con lo que obtenga del trabajo y con lo que me apoyan en mi casa.**
- ♦ **Ponerme en contacto con mi psicóloga.**
- ♦ **Trabajando y estudiando me sentirá mejor**
- ♦ **Seguir en la iglesia ayudando a las personas.**
- ♦ **Si me vuelvo a sentir mal vería los trabajos que hice y eso me haría sentir mucho mejor**
- ♦ **para acordarme que me ayudaron mucho las sesiones psicológicas,**
- ♦ **viéndolos o crear algo que nazca para sentirme mucho mejor. Ya tengo el material ya solo sería llevarlo a la práctica.**

Tras la realización de su proyecto a futuro se le sugirió que primero se recuperara totalmente antes de iniciar una nueva carrera o trabajo para evitar que volviera a desertar tempestivamente. Se le dijo que opinión del psiquiatra antes de hacer planes.

Figura 12. Proyecto a futuro.

PROGRAME

- 1) DARME DE BAJA DEFINITIVA DEL TECNOLÓGICO
- 2) BUSCAR TRABAJO
- 3) DEJAR SOLICITUROS DE EMPLEO
- 4) BUSCAR OTRAS ESCUELAS

4

- 1) NO ME GUSTA LA CARRERA
- 2) OBTENER RECURSOS
- 3) DISTRAERME

5

4

- 3) YA TRABAJANDO O ASISTENDO A LA NUEVA ESCUELA

5

- 4) CON LOS QUE OBTENDI DE MI TRABAJO + POR LO QUE ME APROXIMO EN MI CASO.

QUE

- 5) TRABAJANDO Y ESTUDIANDO + SIENTO QUE ME SENTIRIA MUCHO MEJOR.

Figura 13. Continuación del proyecto a futuro.

- 1) SI ME UZLUO A SENTIR MAL VERIA LOS TRABAJOS QUE HICE Y ESO DIRIA QUE ME SENTIRIA MUCHO MEJOR
- 2) PARA PROGRAMAR QUE ME ASISTAN MUCHA EN SESIONES PSICOLÓGICAS
- 3) VISITARLOS O CREAR ALGO QUE HAZCA PERMI PARA SENTIRME MEJOR
- 4) YA TENGO EL MATERIAL YA SOLO SINO LLEVARLO A LA PRACTICA
- 5) CREANDO ALGO NUEVO

2) PONERME EN CONTACTO CON MI PSICOLOGA.

IR EN LA DIA ASISTIR A PERSONAS

Cierre de la sesión

Al término de la sesión se cierra con una retroalimentación del trabajo realizado.

“Fue muy importante ya que planteamos el proyecto de vida de seguir y que me haría sentir mucho mejor”. (P.I)

Asignación de tareas

Para finalizar la sesión se le asignó la siguiente cita en un periodo de quince días. No se dejó ninguna tarea a realizar.

Observaciones: Su estado de ánimo con el que llegó a la sesión mejoró, además de que se muestra una mejor utilización de los materiales y mayor creatividad reflejados en la obra. En una dimensión clínica, al hacer su proyecto de vida se puede notar que tiene una mejoría de su estado anímico.

SESIÓN 7.

FECHA: 11 JUNIO 2012.

HORA: 12:00 pm

“DISEÑO DE CARTEL TERAPÉUTICO”.

Estructura de la sesión: Directiva.

Técnica: Mixta, Pintura y dibujo mediante acrílico con colores y plumones.

Objetivos:

- Que el paciente expusiera lo aprendido dentro de las sesiones Arteterapéuticas.
- Dar a conocer el trabajo realizado a su mamá.
- Exponer las recomendaciones acerca de la prevención de futuras recaídas.
- Establecer las sesiones espaciadas para seguimiento de cambios.

Inicio de sesión



Se estableció como en cada sesión un *rapport*.

Etapas Intermedia.



Actividad: Se le dio la indicación a la P.I de que tratara de recordar los dibujos realizados desde el inicio de la primer sesión hasta la fecha actual, y a través de esto realizara una obra plástica a manera de conclusión de todo lo aprendido dentro de las sesiones. (Se le mostraron unos dibujos que había realizado con la intención de que pudiese hacer un análisis interno para luego plasmarlo en el cartel).

Decodificación de la obra.

Antes de iniciar con la descripción del cartel se le pidió que evaluara el nivel de malestar de su queja inicial a lo cual refiere ya no presentar la sintomatología inicial.

Tal parece que los notables avances de la P.I se fueron dando por la combinación del tratamiento arteterapéutico y farmacológico.

Se invitó a participar a la mamá con la finalidad de confirmar los cambios que la P.I reporta. En su momento la señora corrobora los cambios conductuales y anímicos que había reportado, la señora pregunta sobre cuál es la predicción sobre la calidad de vida de su hija, a lo cual se le dijo que podía tener una buena calidad de vida en la medida que respetara su tratamiento farmacológico, el cual desde un inicio el neurólogo enfatizó su importancia.

Figura 14. Sesión terapéutica: Descripción del cartel.



Por otro lado se le pide que mencione 3 puntos significativos, la paciente responde: *“el primero es cuando estaba mal, el segundo cuando me sentí mejor y el tercero mi familia”*.

Figura 15. Equipo terapèutico.



Se recomendó que la utilización de las obras creadas se pudiera utilizar con la finalidad de darles un uso terapèutico en recaídas o problemas que se susciten a futuro.

Cierre de la sesión

Al término de la sesión se cierra con una retroalimentación del trabajo realizado.

Asignación de tareas

Para finalizar la sesión se le asignó la siguiente cita en un periodo aproximado de 2 meses (3 de Octubre del 2012)

Observaciones: Esta sesión sirvió para valorar los efectos del tratamiento arteterapèutico en la vida del paciente y recapitular los logros obtenidos hasta el momento. Con la finalidad de confirmar los cambios obtenidos con el tratamiento las sesiones continuaran con un rango mayor de espacio.

Sesión 8.

Fecha: 3 DE OCTUBRE 2012

Horario: 12:00pm

“Exposición de obras: Cosas trascendentales en mi vida”

(P.I)

Estructura de la sesión: *Directiva.*

Revisión del portafolio (obras completas hechas a lo largo de las sesiones).

Objetivo:

- A través de la exposición personal, la P.I se dará cuenta del progreso que ha logrado a través de las sesiones.

Inicio de Sesión

Se inicia sesión con un breve *rapport*.

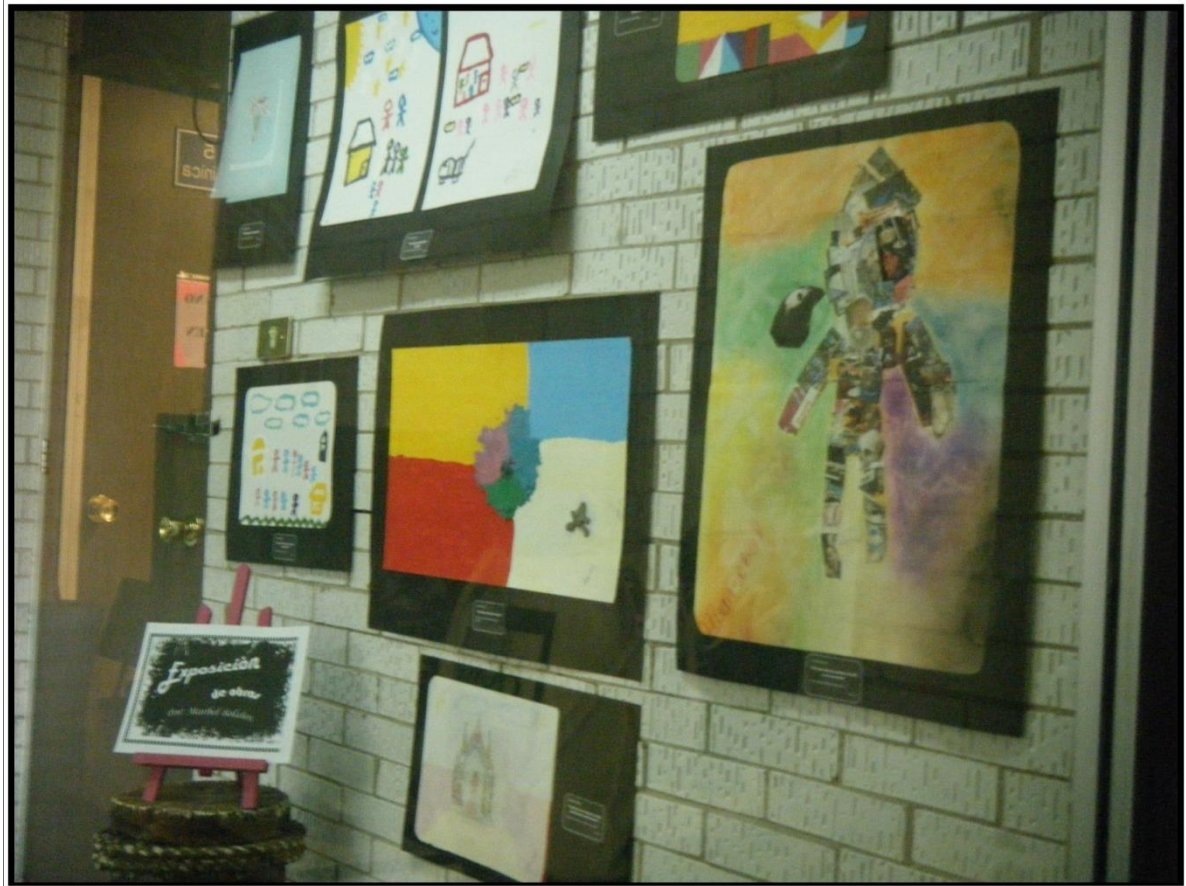
Etapa Intermedia.

Se le preguntó cómo había estado en lapso que se le dio la cita (aproximadamente 2 meses) y nos refiere que ya entro a la universidad en la carrera de pedagogía

Se le preguntó sobre si dentro de ese lapso en la escuela si se le había presentado la misma situación por la que llegó a solicitar el servicio a lo que la P.I refiere que no además de que en su escuela son pocos alumnos, de igual manera se le preguntó que si se le presentará la misma situación que es lo que haría, a lo que la P.I respondió que primero tranquilizarse por que cuando llegó a la terapia se sentía bastante mal, y ocuparía lo que aprendió en las sesiones.

Se le presentó a la P.I su exposición personal explicándole que se inició un 12 de marzo hasta la fecha 3 de octubre mostrándole todas sus obras realizadas. (Ver figura 16)

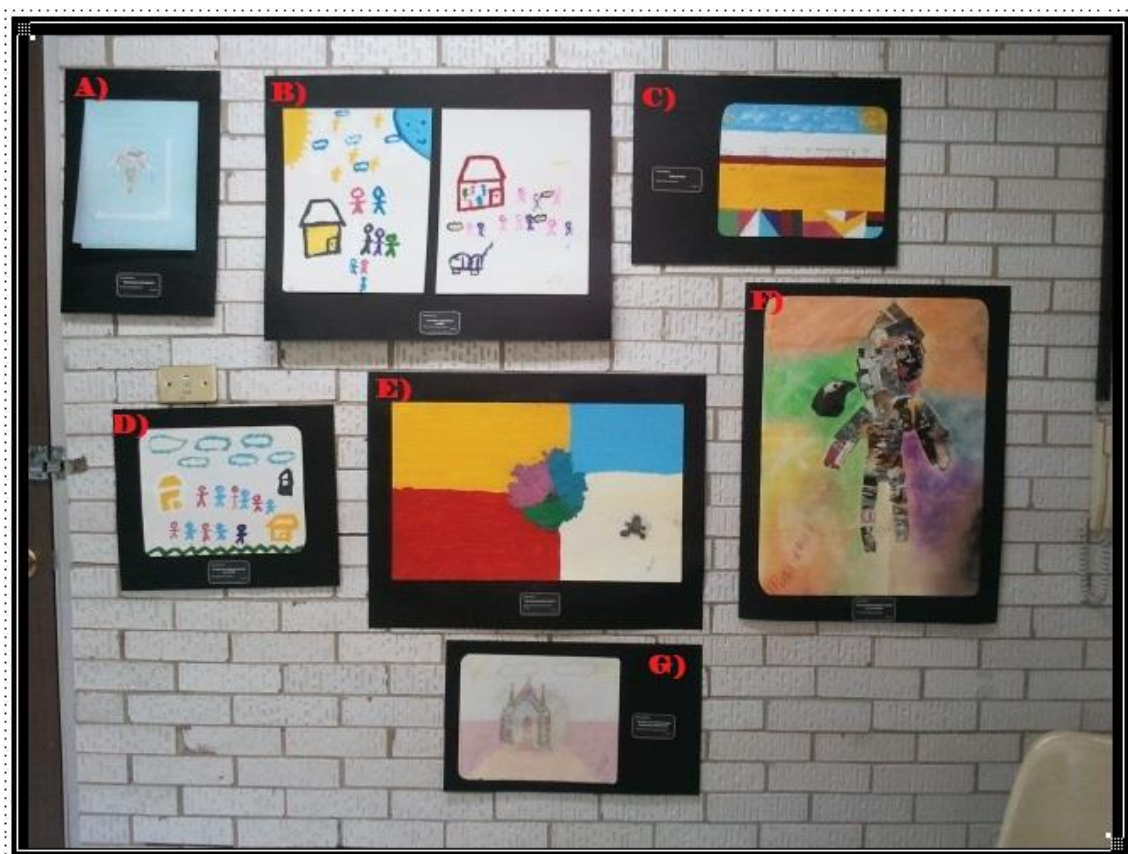
Figura 16. Portafolios Obras realizadas por la P.I.



Se le señala la primer obra que realizó (B) y se le invita a que haga una reflexión ya que es la primer obra que realizó en la segunda sesión, la PI refiere que la realizó cuando se sentía muy mal y sentía que la perseguían o hablaban mal de ella y a diferencia de las últimas menciona que se sentía mucho mejor. (Ver figura 17)

Posteriormente se le invita a que observe, lea los títulos y reflexione bien sus obras así como el momento en que las realizó, una vez que ha hecho la reflexión se le da la indicación de que le ponga un título al preguntarle sobre cómo se sentía de ver su exposición, la P.I comenta que . (Ver formato 1 de estructura de la sesión)

Figura 17. Obras realizadas por la P.I.



Se le indica que seleccione la obra más significativa para ella y selecciona la (F) y (G) con la intención de ver con qué obra se ve más identificada, al ella elegir la figura (F) y la figura (G), estas dos marcaron la mejoría de la P.I debido a la descripción ya mencionada en la sesión 4 donde se veían ya cambios en la paciente lo cual reafirma la mejoría de la P.I.

Se le recalca que su mejoría es notable y se le muestra su proyecto de vida que había realizado en una sesión anterior, a esto la P.I ha cumplido con los siguientes objetivos: darse baja de la escuela y buscar otra escuela.

Estructura técnica de la sesión.

Para la decodificación y obtención de información a lo largo de las sesiones se presentan los siguientes formatos

Formato 1. Descripción personal de la exposición.

"ES FÁCIL ACOSTUMBRARSE A LA ANGUSTIA Y A LA CONFUSIÓN. ESTAR EN CRISIS CONSTANTE SIGNIFICA NO TENER QUE MIRAR LOS CAMBIOS QUE ES NECESARIO HACER EN LA PROPIA VIDA".

Se presenta la siguiente exposición artística realizada dentro la Clínica de la FES Zaragoza con diferentes obras realizadas por P.I de 24 años de edad.

Quien:

En el 2010 aparentemente me enfermo y me compongo rápido, solo duró como 4 meses pero aun así me dan el medicamento en el psiquiatra.

En el 2012 salgo de la escuela y viene la recaída lo cual me llevó a pedir ayuda en la FES Zaragoza.

Donde llegue: [a pedir ayuda](#)

La realización de las obras inicia el 12 de Marzo hasta la fecha actual 3 de octubre del 2012, dentro de las cuales me sentí:

[Muy bien en cada paso que daba](#)

Por lo que a través de esta exposición de nombre:

[Me doy cuenta de que estoy: muy mejorada y vuelvo a sentirme muy bien y luchar por lo que quiero](#)

Podría retomar lo que aprendí como:

[Ayuda para sentirme mejor para lograre mis metas y objetivos.](#)

Formato 2. Comentario final de las sesiones.

- ❖ Me gusto: *todas las sesiones porque me ayudaban a sentir mejor*
- ❖ No me gusto: *dejo espacio en blanco.*
- ❖ Aprendí: *Me pueden ayudar para salir de mis problemas.*
- ❖ Cómo llegue: *Muy mal físicamente y emocionalmente*
- ❖ Como me sentí en las sesiones: *Fui mejorando y componiéndome.*
- ❖ Como me voy: *Muy bien, sana y tranquila.*



Al término de la sesión se cierra con una retroalimentación de la sesión,

Asignación
de tareas

Para finalizar la sesión se quedó por confirmarle la cita por enero para dar otro seguimiento, sin embargo ya no se anexará a la tesis por motivos de tiempo.

Observaciones: Esta sesión sirvió para valorar los efectos del tratamiento arteterapéutico en la vida del paciente y recapitular los logros obtenidos hasta el momento. Se confirmaron los cambios obtenidos al ver la inserción de la P.I en un contexto social ya sin síntomas de persecución.

6.2. RESUMEN DEL ANÁLISIS DEL CASO CLÍNICO.

La paciente aportó las siguientes imágenes creadas con significados de su propio código personal que se utilizó como registro de lo que el paciente exteriorizó de su mundo interno convirtiéndose en una forma de comunicación que se describe a continuación.

Figura 18.- Comparación de obras, sesión 1 y 2.

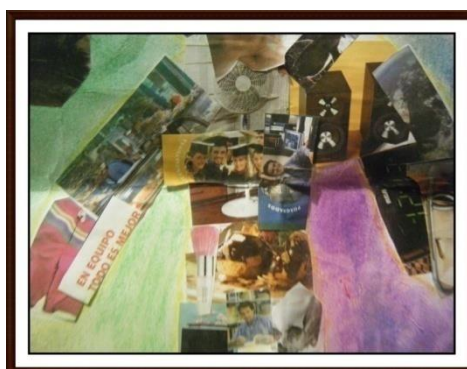


Sesión 2, tras la realización de la obra el motivo de consulta es reflejado en la decodificación del lado “b” de la obra del lado izquierdo simboliza a las personas que sentía que hablaban mal de ella. Se identifica con el personaje de color morado y en las preguntas define que si hay una identificación además de que refleja el objetivo al cual se quiere llegar tras dicho proceso terapéutico “con ganas de estar bien y sentirme mejor” (Sic P.I)

En la sesión 3, vuelve a identificarse con la obra, vuelve a tener el mismo estereotipo de la obra de la sesión uno además de que se vuelve a simbolizar como el muñeco de color morado dándole el significado de “Enfermedad psiquiátrica” además de que vuelve a dibujar a las personas que hablaban mal de ella.

Para la sesión 4, se cambia la técnica con la intención de que se trabaje con más recursos y que el proceso creativo sea diferente así también para que no se genere una monotonía con un solo material técnico. Delinea la figura con color amarillo a

Figura 19. Collage



diferencia de la sesión 2 y 3 indicando que el color amarillo expresaba luz y se estaba más feliz, lo cual se refleja en la obra tras tener un mejor proceso de creación en cuanto a colores y contenido. Además de que inconscientemente iba externalizando su mundo dentro del collage sin darse cuenta hasta la decodificación es por eso que es importante ayudar al paciente a darle el significado de su obra.

Figura 20.



Sesión 5, se añade una técnica mixta ya que la plastilina es maleable y es buena para metaforizar los cambios y el proceso de modificar. Refiere sentirse mejor (ver preguntas caso clínico para detalles), hay identificación con la obra pero menciona que no sabe que pasará más adelante.

Refiere que ha vencido el miedo, descubrió virtudes y disminuyó el estrés, con esto se refleja los beneficios y funciones que el proceso terapéutico ha tenido sobre la P.I. Se muestra que el proceso de creación es más complejo.



En la sesión 6, se trabajó con una obra que la P.I realizó en su casa como tarea donde se muestra una clara identificación con la obra además de que mantiene una mejor elaboración de sus obras a diferencia de cuando inició el proceso arteterapéutico.

Figura.-21

Refiere mejorías, sin embargo Debido a que en la sesión 5, la P.I tenía indefinido lo que iba pasar adelante se decidió preparar en la sesión 6 un proyecto a futuro donde hubiera metas a corto plazo o largo plazo.(Ver con detalle en el caso clínico)

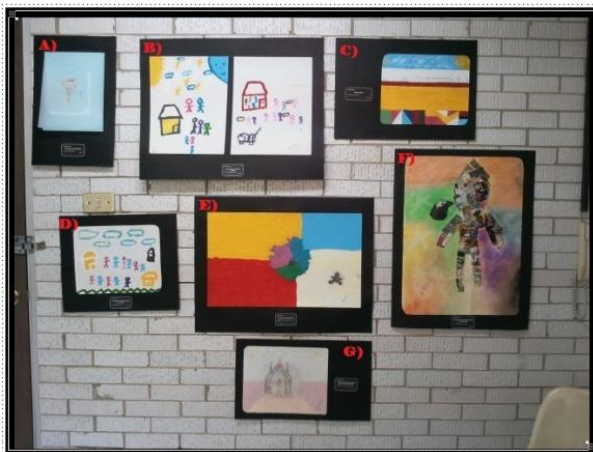
¿Qué voy a programar?

- Darme de baja definitiva del tecnológico
- Buscar trabajo
- Dejar solicitudes de empleo
- Buscar otra escuela
- No me gusta la carrera
- Obtener recursos
- Distraerme
- ♦ Ya trabajando o asistir a la nueva escuela
- ♦ Con lo que obtenga del trabajo y con lo que me apoyan en mi casa.
- ♦ Ponerme en contacto con mi psicóloga.
- ♦ Trabajando y estudiando me sentirá mejor
- ♦ Seguir en la iglesia ayudando a las personas.
- ♦ Si me vuelvo a sentir mal vería los trabajos que hice y eso me haría sentir mucho mejor
- ♦ para acordarme que me ayudaron mucho las sesiones psicológicas,
- ♦ viéndolos o crear algo que nazca para sentirme mucho mejor. Ya tengo el material ya solo sería llevarlo a la práctica.

En la sesión 7, se realiza el diseño de un cartel terapéutico para que le expusiera lo aprendido en las sesiones y darlo a conocer a su mamá, además de que se hacen recomendaciones acerca de las recaídas a futuro.

Se le asignó cita en un periodo aproximado de dos meses.

Figura 22.



Su mamá mencionó que ya se había dado de baja por lo que una de las metas a corto plazo se cumplió.

En la sesión 8, se trabajó con la revisión de portafolios para la evaluación continua de utilidad sobre la P.I del proceso arteterapéutico que es la unión de todas las obras creadas por el

paciente permitiendo exponerlas a modo de exposición artística de vida para rastrear cambios y evolución del progreso. En el lapso de los dos meses, la P.I mencionó que ya había entrado a una escuela pedagogía lo cual indica que se cumplieron las metas que realizó en su proyecto de vida.

6.3. CONCLUSIÓN CASO CLÍNICO.

Las conclusiones del caso se dividirán en dos grandes dimensiones la primera en cuestiones clínicas y la segunda en cuestiones técnicas relacionadas a la aplicación de este modelo de terapia.

Respecto a la dimensión clínica el análisis se basa en las premisas psicoanalíticas como la *condensación* que dentro de cada sesión y cada obra plasmada se desarrolla un proceso de *metaforización* manifestando asociaciones significativas de su enfermedad, otra premisa teórica que se aplico a la práctica es el *desplazamiento* dado que dentro de cada actividad el objetivo predominante dentro de las primeras sesiones era conocer la presencia de síntomas a través de los medios plásticos como canales de desviación de emociones como forma de proyección de deseos, emociones, planes, etc. Los cuales se vieron plasmados ya dentro del desarrollo de las sesiones.

Se le ayudò a la P.I a relacionar síntomas actuales con sus conflictos inconscientes a través de la mediación plástica para la comprensión del *contenido latente* en las obras elaboradas, mediante los procesos de sublimación canalizando la proyección de sus obras mediante las actividades que se le plantearon, lo cual favoreció a que tuviera un mejor desarrollo en las siguientes áreas:

En el área emocional, se logró proyectar mediante los medios plásticos: angustias, miedos, dudas, tristeza y productos de los conflictos que presentaba al inicio debido a su enfermedad; otro aspecto es que se observaba tímida, en su verbalización titubeaba, se mostraba con miedo, presentaba llanto dentro de las primeras tres sesiones lo que paulatinamente no presento tras la mejoría de su estado de ánimo.

En el área cognitiva, se logró activar mediante los simbolismos en las obras que la P.I tenía una negación ante su enfermedad, de modo que mediante las actividades dirigidas la P.I tomó conciencia de su enfermedad, y que no por el padecimiento podía dejar de realizar actividades cotidianas.

Dentro del área psico-social, se notó una mejoría en cuanto a la participación de actividades comunitarias, donde la paciente ya salía de su casa para ir a apoyar en la iglesia la cual la mantenía ocupada además de que esto la hacía sentir mejor.

Dentro del área creativa, La P.I descubrió como el arte es un medio de expresión el cual podría utilizar también dentro de su entorno, creando no solo obras si no también creando habilidades y soluciones a problemas que se vayan sucintando a lo largo del tiempo.

Como medio de comunicación, el uso de Arteterapia como herramienta alterna ayudó a que dentro del espacio se abriera un campo de reflexión de lo que pasaba respecto de su inconsciente, quien se fue dando cuenta sesión tras sesión de lo que le lastimaba, lo que le dolía, hasta llegar al grado de la creación de metas y proyectos a futuro. De igual manera el Arteterapia ayudó y permitió que la paciente tuviera una conexión con el sí mismo, con el encuentro de sus vivencias y así de esta manera se identificaba con cada una de las obras. Por otro lado reconoció sus fortalezas y elementos de su personalidad al final tomando conciencia sobre no dejar de lado su salud, así como obedecer las indicaciones del psiquiatra para la evitación de recaídas.

En lo que refiere a la dimensión técnica se pudo valorar que la aplicación del modelo arteterapéutico requiere un espacio con ciertas características específicas para que las actividades se puedan realizar en condiciones óptimas.

En cuanto al espacio donde se trabajo se identifico que las condiciones no eran apropiada, se hicieron algunos ajustes o modificaciones estos fueron insuficientes, por ejemplo no se tenía un área de lavado, en conclusión al trabajar con este caso clínico se comprobó que se requiere un espacio iluminado y una amplia mesa de trabajo, un área de lavado y de secado o exposición de las obras.

Para concluir, hay que tomar en cuenta que el arte en si no es del todo aplicable a todos los casos y contextos, sin embargo si es terapéutico dentro del contexto clínico.

Dentro de la las limitaciones del modelo está el hecho de que no es aplicable a toda la población clínica, se ya que cada individuo tiene distintas necesidades y formas de expresar sus conflictos.

CONCLUSIONES.

El Arteterapia es un modelo útil que va ganando terreno en lo clínico e institucional sin embargo siendo un campo tan nuevo se presta a muchas ambigüedades por ejemplo confundirla con la terapia ocupacional como sucede en el hospital psiquiátrico Ramón de la fuente en donde el recurso artístico es utilizado en la rehabilitación de los pacientes, mi experiencia de servicio social me permitió darme cuenta de que no se utiliza una estructura de trabajo, que no se tienen objetivos planteados, tampoco se da un seguimiento que genere cambios o beneficios en el paciente. Al no enfatizar estos aspectos hace que se pierda la función de herramienta de cambio o como agente de rehabilitación; a diferencia de que si se tuviese un conocimiento más explícito los pacientes podrían ir poco a poco quitando esa barrera de acercamiento al arte el cual les puede parecer como aburrido o “actividades que solo son para niños” y poco a poco se darían cuenta de que las actividades artísticas ayudan a estimular la salud mental y psicología.

Este trabajo contribuye a organizar la información del campo, proporciona un panorama de la situación actual del Arteterapia y mediante la ejemplificación del caso clínico que este tipo de enfoque puede servir como una herramienta alternativa en la práctica clínica donde se le ayudó a relacionar el síntoma (delirios de persecución) con los cuales la paciente llegó al inicio del proceso terapéutico donde a través de la realización de las obras plásticas se pudo contrarrestar el tratamiento farmacológico sirviéndole para tener una mejoría en un ámbito social reflejada en que se cumplieron las metas a corto plazo, así mismo hubo una reinserción a una nueva carrera que deseaba estudiar, además de que arroja información concreta sobre la práctica de las condiciones de trabajo que se requieren.

Independientemente de la orientación psicológica que se aborde, dentro de las premisas básicas que se tiene en este campo son las siguientes: el Arteterapia no es un test proyectivo el cual no sirve para la elaboración de un diagnóstico o un prejuicio sobre el paciente, donde la interpretación de la propia persona es lo que cobra mayor sentido sobre la significación de los símbolos plasmados dentro de la obra a través de sus vivencias, experiencias o sentimientos. No

descarto el valor que se tienen sobre las pruebas psicométricas dentro de la psicología como herramienta de diagnóstico, sin embargo muchas de ellas fueron estandarizadas en el extranjero, la cual dentro de nuestro país la cultura difiere y genera patrones de personalidad rígidos es por ello que la obra plástica no debe someterse a evaluación más que de la interpretación del propio paciente que ira decodificando su obra solo con la ayuda del terapeuta lo cual se convierte en un aspecto primordial para poder reencuadrar al paciente sobre lo que le está impidiendo una estabilidad psicológica. Debido a que la praxis es de índole subjetiva la hace un poco más dudosa sobre si realmente funciona como agente terapéutico sin embargo se puede decir que el Arteterapia no cura debido a que algunos trastornos son de índole neurológica pero si tiene funciones de terapéuticas dentro del campo de rehabilitación en distintos ámbitos como en el clínico, en el social, en centros penitenciarios y para educación especial.

Otro aspecto es que la utilización del arte dentro de la terapia no verbal permite expresar diversas experiencias simbólicas tales como sueños, fantasías, imágenes del pasado, donde se crea un equivalente a una herramienta alterna dentro de la experiencia del paciente el cual puede transformar, revivir e interpretar. Tras la realización de una obra tangible dentro del contexto terapéutico es indispensable recalcar que dentro de las premisas básicas del proceso no tiene objetivos estéticos, ni en el hecho de que se cree una buena pintura. Los pacientes que participan en este tipo de terapia, no pretende convertirse en artistas si no que se trata de tener una mejor integración a la sociedad y a una integración con su propio "yo".

El arte es un medio menos utilizado que el lenguaje verbal por lo cual es menos susceptible de controlar y de esta manera salen proyecciones interna y externas de manera inesperada que el mismo paciente no se da cuenta por lo que esta praxis tiende a un autodescubrimiento de "sí mismo" y la perspectiva de su problema o enfermedad, según sea el caso. El surgimiento de esta herramienta dentro del contexto clínico ofrece el arte como alternativa para la recuperación del paciente por medio del uso de diferentes técnicas y diferentes aplicaciones donde no es necesario el conocimiento previo del arte ya que no se analiza la obra como tal sin embargo si es necesario el conocimiento de

elementos psicológicos así como el conocimiento de algunas premisas dentro del Arteterapia dentro de las cuales se analiza el lenguaje plástico así como verbal de la representación del problema ya sea directa o indirecta.

Este trabajo deja abiertas líneas de investigación generales y particulares, en lo general hay que estudiar la aplicación de este modelo en problemas específicos como la anorexia, bulimia, esquizofrenia, psicosis, depresión, etc. problemas crónicos o de privación de la libertad, además de medir su efectividad. En lo particular se puede investigar por ejemplo cómo influyen los materiales o la utilización de una técnica específica en ciertos tipos de problemas y en ciertas poblaciones clínicas.

BIBLIOGRAFÍA.

- Adorno T. (1983). *Teoría estética*. Barcelona: Orbis.
- Alcaide S. (2000). *Expresión artística y terapia*. Tesis para optar al grado de Doctor, Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica. Facultad de Bellas Artes: Universidad Complutense de Madrid España.
- Allen P. (2009). *Arteterapia: guía de autodescubrimiento a través del arte y la creatividad*. Madrid, España: Gaia.
- Arias D. y Vargas C. (2003). *La creación artística como terapia*. Barcelona: R.B.A. Integral.
- Asociación Americana de Arteterapia. (A.A.T.A), (1969), Estados Unidos. [Referencia electrónica]. Consultada el 27 Junio del 2011 desde www.artherapy.org
- Asociación Británica de terapeutas de arte (B.A.A.T.) (1969), Inglaterra. [Referencia electrónica]. Consultada el 26 Junio del 20011 desde <http://www.baat.org>.
- Asociación Profesional Española de Arteterapeutas (ATE). España. [Referencia electrónica]. Consultada el 26 de junio del 2011 desde www.arteterapia.org.es
- Barragán R. (2006). *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Universidad de Murcia, España: Servicio de Publicaciones.
- Bassols M. (2006). *El Arteterapia, un acompañamiento en la creación y transformación*. Revista Papeles del Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Vol. 1 pp. 19-25
- Betensky M. (1976). *Fenomenología de la expresión, teoría y práctica*. Confinio Psiquiátrica. Vol. 21 pp. 31-36
- Bowen C y Rosal M. (1989). *El empleo de la terapia de arte para reducir conductas mal adaptativas en adultos*. Revista Arte en Psicoterapia. Vol. 16 pp. 211,218.
- Brun S. (2011). *Arteterapia Humanista y Gestáltica*. Recuperado de www.mirarte-terapia.es
- Carrasco A. y Dussailant R. (2005). *Descripción de técnicas expresivas. Manuscrito inédito*. Creative Commons Attribution-NonCommercial.

- Castillo C. (2007). *Las expresiones artísticas y la formación del licenciado en psicología desde el área clínica*. Tesis para la obtención de licenciado en psicología. Colegio Paternon. México.
- Coll E. (2006). *Un viaje por Arte Terapia*. Revista Papeles del Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Vol. 1 pp.41-44
- Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA). (2009). *Programa Hospitalarte*. Recuperado de www.sitiodefecito.com/2007/07/30/programahospitalarte.
- Dalley T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- Epelde E. (2009). *Terapia por la pintura y psicoanálisis*. Avances en Salud Mental Relacional. Vol. 8 pp. 1-7.
- Etchegoyen R. (1999). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fabres E. (2011). *Arteterapia y Esquizofrenia*. Monografía para la obtención de postítulo en la especialización en Arteterapia. Universidad de Chile. Facultad de Arte.
- Feder B. y Feder E. (1981). *Terapia de arte expresiva*. Englenwood Cliffs: Prentice- Hall.
- Furth G. (1992). *El secreto mundo de los dibujos: sanar a través del arte*. Barcelona: Paidós.
- Gogler D. (2006). *Materiales en Arteterapia. Aplicaciones psicoterapéuticas*. Barcelona: Herder.
- Hanser S. (1999). *Guía de musicoterapia*. Boston: Berklee Press.
- Hensell J. (1987). *Arte, psicoterapia y sistema de símbolos*. Barcelona: Herder.
- Hernandez B. (2003). *Arte, infancia y creatividad*. Arte Individuo y Sociedad Anejos. Madrid: Universidad Complutense.
- Jacobi J. (1980). *Psicología de Carl Jung*. Londres: Routledge.
- Jarreau G. y Paín S. (1995). *Una psicoterapia por el arte: teoría y técnica*. Argentina: Nueva Visión.
- Jung C. (1974). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Jung C. (1964). *El hombre y sus símbolos*. Barcelona, España: Paidós.
- Klein P. (2006). *Arteterapia, una Introducción*. Barcelona, España: Octaedro.

- Klein P. (2008). *Arteterapia. La creación como proceso de transformación*. Barcelona: Ed. Octaedro.
- Kofman S. (1973). *El nacimiento del arte. Una interpretación de la estética freudiana*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Kramer E. (1982). *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*. Buenos Aires: Kapeluz.
- Landgarten H. (1981). *Arteterapia clínica: una guía para la comprensión*. Nueva York: Brunner.
- León R. (2007). *Arquetipos e Inconsciente Colectivo en las Artes Plásticas a partir de la Psicología de C. Jung*. Manuscrito Inédito, Departamento de Escultura e Historia de las Artes Plásticas.
- Levick M. (1983). *Transferencia y contratransferencia en Arteterapia: adaptaciones de niños con dificultades de expresión*. Springfield: Charles Thomas.
- Llera S. y Guibert R. (2000). *Las terapias como recursos artísticos. Su utilidad en la atención primaria de salud*. Revista Cubana de Medicina general integral. Vol. 16 pp. 285-294
- López M. (2006). *Aplicaciones del arte en la integración social*. España: Ed. Fundamentos.
- López M. (2009). *La intervención Arteterapéutica y su Metodología en el contexto profesional Español*. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia: Departamento de expresión plástica, música y dinámica.
- Lusebrick K. (1990). *Imágenes y expresión visual en Arteterapia*. Nueva York: Plenumpress.
- Malchiodi C. (2003). *Manual de terapia de arte*. Nueva York: Guilford Press.
- Martinez V. (2000). *Aproximaciones al Arteterapia una experiencia en Granad*. Arte Individuo y Sociedad. Vol. 12 pp. 335-340.
- Marxen E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia. Del "arte psicótico" al desarrollo de la Arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona, España: Gedisa.
- Maslow A. (1990). *La personalidad creadora*. Barcelona: Kairòs
- Mejía E. (1998). *Mándala: símbolo de expresión de los significados de la Naturaleza*. Revista Creando. Año 2, N° 5. Pp. 1-11

- Mendelson M. (2005). *¿Qué es el Arteterapia?*, [Referencia electrónica]. Consultada el 15 abril 2011 desde http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=799
- Morales T., Tobón M., Duque C. (2009). *Terapias en personas con esquizofrenia. (Investigación científica)*, Medellín: Explora.
- Naunmburg M. (1987). *Dinámica de la terapia de arte orientado a: sus principios y prácticas: ilustrado con tres estudios de caso*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Nosovsky G. (2008). *Tratado de Arteterapia*, México: libro sin edición.
- Nucho A. (2003). *Modelo cibernético del Arteterapia*. Springfield: Charles Thomas.
- Omenat G. (2006). *Aproximación al proceso creativo*. Revista de Arte-terapia y Artes, encuentros con la expresión. Vol. 1 pp. 6-10.
- Poch B. (1999). *Compendio de Musicoterapia*. Barcelona: Herder.
- Polo D. (2000). *Tres aproximaciones al Arteterapia*. Revista Arte Individuo y Sociedad. Vol. 12 pp. 311-319
- Polo D. (2003). *Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en el Arteterapia*. Tesis para optar el grado de doctor. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Bellas Artes.
- Quiroga M. (2010). *Arte y Psicología analítica, una interpretación arquetipal del arte*. Revista Arte Individuo y Sociedad. Vol. 22, N° 22 pp. 49-61.
- Reyes P. (2007). *El potencial del Arteterapia en la intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis*. Revista Papeles del Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Vol. 2 pp. 109-118.
- Rigo C. (2007). *Creación plástica en la adolescencia*. Arteterapia Papeles y Educación artística para la inclusión social. N°2 pp. 2247-260.
- Rodríguez R. (1972). *La terapia ocupacional y laborterapia en las enfermedades mentales*. Madrid: Publicaciones del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica.
- Romo M. (2005). *Psicología de la creatividad*. Barcelona: Paidós.
- Rubín J.A. (1998). *Arteterapia: una introducción*. Filadelfia: Mazel.
- Sanz D. (s. f.). *Arteterapia: aplicaciones psicoterapéuticas de la práctica artística*. [Mensaje en blog]. Recuperado de www.laiasanz1986.blogspot.es

- Scanio E. (2004). *Arteterapia: por una clínica en zona de arte (cuerpo, plástica y escritura en el itinerario del proceso terapéutico grupal)*. Buenos Aires: Lumen.
- Ulman E. y Levy. B. (1981). *Puntos de vista de la terapia de arte*. Nueva York: ShockenPress.
- Venegas A. (2002). *Las artes plásticas en la educación artística y estética infantil*. México: Paidós.
- Waller D. (1987). *Examen de las semejanzas y diferencias entre la enseñanza del arte y la terapia artística*. Barcelona: Herder.
- Waller D. (2007). *Demencia, estigma y Arteterapia*. Revista Papeles del Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social. Vol. 2 pp. 63-70.
- Winnicott D. (2000). *Realidad y Juego*. Barcelona, España: Gedisa.
- Wood M. (1987). *El niño y la terapia artística: punto de vista psicodinámico*. Barcelona: Herder.
- Zinker J. (1979). *El proceso creativo de la terapia gestáltica*. Buenos Aires: Paidós.
- Zurbano C. (2007). *El arte como mediador entre el artista y el trauma, acercamientos al arte desde el psicoanálisis y la escultura de Louis Bourgeois*. Manuscrito Inédito, Servicio Editorial de la Universidad del país Vasco.

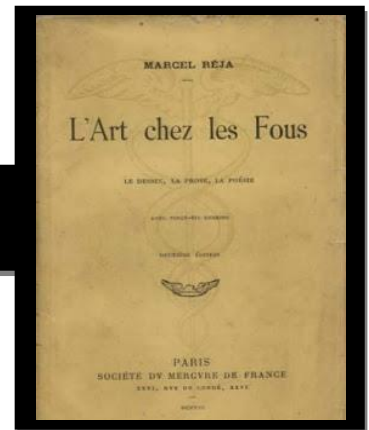


ANEXOS

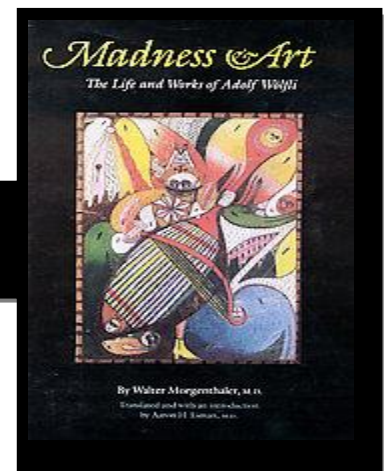
Anexo 1. Cronología de manifestaciones que contribuyeron al estudio del arte psicopatológico.

1907

Marcel Reja (psiquiatra) en la obra "El arte de los locos", realiza un abordaje del arte de los enfermos mentales desde una perspectiva estética.



Walter Morgenthaler (Medico), publicó en su libro Locura y Arte: La vida y obra de Adolfo Wölfli. Describe las virtudes terapéuticas tras la realización de dibujos que calmaban los episodios violentos de Wölfli



1922

Hans Prinzhorn (psiquiatra e historiador del arte), quien marcó el campo del arte y la psicosis en su obra: "Expresiones de la locura: el arte de los enfermos mentales", reúne una extensa colección de creaciones de pacientes psiquiátricos compuesta de cinco mil obras.



1928-1929

Auguste Marie (Doctor), formó colecciones de Art Brut que consiguió sacarlas del país quien después les dio un significado como forma de lenguaje o expresión.

ANEXO 2. Principales entidades de Arteterapia en el mundo.

Países	Asociaciones y centros de estudios de AT con mediación Plástica y Visual	Asociaciones y centros de estudios de AT con mediación de diversos medios expresivos.
Alemania		- Deutsche GelleschaffurTherapieformen 1981
España	-Asociación profesional española de arteterapeutas (ATE,2002) -Masters de Arteterapia ofertados por las universidades de Barcelona, en 1999 Complutense de Madrid 2000, Murcia y en 2005 Asociación Foro Iberoamericano de Arteterapia en el 2002.	-Master en Arteterapia Transdisciplinaria y Desarrollo Humano. -Asociación profesional de arteterapeutas en el 2004. Master en Arteterapia AEC con la Universidad de .Vic, Barcelona en 1999
Finlandia	-Finnish Art Therapy Association en 1974	
Francia		-L'InstitutNationald'Expression, de Crèation, d'Art et Transformation (INECAT) en 1986. -FederationFrancaise des Arts Therapeutes (FFAT) en 1988-2000
Grecia	-Greek Association of Art Therapist (GAAT) en el 2004.	
Inglaterra y Escocia	-British Association of Creative Arts Therapists (IACAT) en 1992	
Irlanda	-Irish Association of Creative Arts Therapist (LACANT) en 1992	-NorthemIrleand Group of Art Therapist (NIGAT) en 1976
Islandia	-Iceland Art Therapist Association (LATA) en 1998	
Italia	-Art Therapy Italiana (ATI) en 1982.	Federazione Italiana Arteterapeuti (FIA)
Hungria		-Hungarian Art Therapy Association (HATA) en 1993.
Lituania	Lithuanian Art Therapy Association (LATA) en 1997	
Canada	-Institute of the Toronto Art Therapy (TATI) en 1968 -Canadian Art Therapy Association (CATA) en 1977. -The Association des art	

	therapeutes du Quebec (AATQ) en 1981.	
Estados Unidos	-American Association of Art therapy (AATA) en 1969 -National Coalition of Creative Arts Therapies Associations (NCCATA) en 1979	
Brazil		-Brazilian Union of Art Therapy Associations (UBAAT) en el 2002.
Argentina	-Asociación Argentina de Arteterapia (AAAT) en 1968	
Chile	-Asociación Chilena de Arteterapia (ACAT) en 2006.	
México	-Centro Integral de Terapia de Arte (CITA) en 1998,	
Perù		-EQUIPO de Terapias de Arte, en el 2000
Corea	-Korean Art Therapy Association (KATA) en 1992	

Anexo 3. Registro fotográfico de las sesiones en la clínica.

