



EXPERIENCIA ARTE TERAPÉUTICA EN UNA ADOLESCENTE CON
CONDUCTA SUICIDA

AUTORA: NADIA GARIB MUSA

Propuesta de Tesis presentada a la Facultad de Arquitectura y Arte de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado académico de Magister en Arteterapia.

PROFESOR GUIA: ANA GOMEZ

ASESOR METODOLOGICO: MABEL BORQUEZ

Octubre, 2017

SANTIAGO

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todos aquellos que me acompañaron en el deslumbrante camino de la experiencia arte terapéutica.

Al maravilloso grupo humano con el que compartí durante estos dos años de estudio y a los profesores que generosamente me compartieron experiencias inigualables que marcaron mi identidad como terapeuta.

A si mismo agradecer la paciencia infinita de Mabel.

Y en especial a mi familia, Pablo, Feli y Cata, por los costos en tiempo y afecto que tuvieron que pagar por mis ansias de aprender.

Índice

I.	Introducción.....	6
II.	Planteamiento del Problema	8
	2.2 Relevancia Teórica.....	13
	2.3 Marco Teórico.....	18
III.	Objetivos de la investigación.....	23
IV.	Metodología.....	24
	4.1 Perspectiva paradigmática.....	24
	4.2 Tipo de investigación.....	25
	4.3 Descripción del diseño de investigación.....	
	26	
	4.4 Elección de tamaños muestrales	27
	4.5 Técnicas de producción de información.....	28
	4.6 Metodología de análisis, análisis categorial.....	
	29	
	4.7 Aspectos éticos de la investigación.....	30
V.	Presentación y análisis de datos	32
	5.1 Contextualización.....	32
	5.2 Tabla resumen de obras realizadas	33
	5.3 Indefinición/Difusión de identidad.....	35
	5.4 Menosprecio.....	51
	5.5 Recursos personales	52
VI.	Discusiones finales.....	55
VII.	Bibliografía.....	62

VIII. Anexos66

RESUMEN

Esta investigación se centra en explorar y describir la experiencia personal de una paciente adolescente con conductas autolesivas e intento de suicidio ingresada al servicio de psiquiatría infanto-juvenil de un hospital de la zona sur de Santiago.

En un contexto arte terapéutico se invita a la paciente a expresar sus representaciones y afectos durante diez sesiones que son acompañadas de registro audiovisual, de las cuales se eligen tres, con el objetivo de observar y categorizar desde una perspectiva paradigmática cualitativa, tanto la narrativa como el proceso creativo y las obras presentadas.

Se describen así las vivencias personales de Camila, ayudándole a mentalizar e integrar, intentando comprender los sentimientos y emociones que rodean los actos de auto daño.

Se concluye el texto con las discusiones finales, que nacen del análisis en conjunto del proceso experiencial de la paciente, la teoría y los objetivos de la investigación, orientados a responder la pregunta de investigación.

I. INTRODUCCION

En algunas ocasiones hemos escuchado hablar a algunos padres y terapeutas sobre las conductas suicidas como actos manipulatorios o intencionales que buscan fastidiar o remover a otro, sin lograr empatizar con el gran sufrimiento y dolor que conduce al paciente al autodaño.

Es esta motivación la que me ha conducido a realizar un estudio de caso en una paciente adolescente con conducta suicida, queriendo sumergirme en su mundo interno e intentando comprender en profundidad el camino tortuoso por el cual se llega a la autoagresión.

Y que mejor forma de hacerlo que en un contexto arte terapéutico, conociendo que el Arte Terapia puede servir como una guía para llegar a simbolizar, y con ello ayudar a mentalizar e integrar las representaciones y los afectos que acompañan a la conducta suicida. Siendo una herramienta lúdica, que otorga un continente sólido para poder expresar sentimientos desagradables y difíciles de verbalizar.

En el siguiente texto se invita a explorar y describir la experiencia personal de los comportamientos autodestructivos y/o autolesivos en el contexto arte terapéutico de una paciente adolescente de 15 años ingresada al servicio de psiquiatría infanto-juvenil de un hospital de la zona sur de Santiago por conductas autolesivas e intento de suicidio.

A través del registro, observación y categorización del proceso creativo, la narrativa y las obras presentadas, se intentó exponer las vivencias personales de la paciente, procurando describir y comprender los sentimientos y emociones que rodean los actos de autodaño.

Es así como se comenzó con la exposición del problema: la conducta suicida en adolescentes, describiendo en este capítulo conceptos y fundamentos en relación a esta

problemática. Posterior a ello se buscaron investigaciones que abordaran la problemática de conducta suicida (suicidio o autolesiones) en adolescentes, en asociación con arte o arteterapia.

En el marco teórico se revisaron los conceptos de conducta suicida en adolescentes, conducta suicida y psicoanálisis, y conducta suicida y arteterapia, para dar paso a la exposición del objetivo general de la investigación y los objetivos específicos.

Se expone posteriormente la metodología utilizada en la investigación, desde la perspectiva paradigmática y el tipo de investigación elegida, el diseño de investigación, las técnicas de producción de información y análisis, y por último se hace referencia a los aspectos éticos que establecen una buena práctica.

Continuamos con la exposición del análisis de la información elaborada, describiendo a la paciente y sus antecedentes familiares, el setting y las categorías de análisis; las cuales giran en torno a gran categoría: la de indefinición/difusión de identidad. Se exponen entonces las obras realizadas en una tabla resumen y se muestran los materiales que se usaron en el proceso, para sumergirse en el análisis categorial que va acompañado de la narrativa, el proceso creativo y la experiencia subjetiva del paciente.

Se concluye el texto con las discusiones finales, que nacen del análisis en conjunto del proceso experiencial de la paciente, la teoría y los objetivos de la investigación, orientados a responder la pregunta de investigación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El concepto de ‘acto suicida’ fue introducido en 1969 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se define como “todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil”. Siendo esta una acción de quitarse la vida voluntaria y premeditadamente. Aunque el intento de suicidio, junto al suicidio, son las dos formas más representativas y objetivables de la conducta suicida, el espectro completo del comportamiento suicida está conformado por la idea, amenazas, gesto, tentativa y hecho consumado. (Mancilla, F., 2010)

Por su parte la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE 10), manual creado con el fin de proporcionar un lenguaje común en relación a las afecciones de salud, clasifica el suicidio y las lesiones autoinflingidas bajo las causas externas de morbilidad y mortalidad. Define el suicidio como la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada, y se refiere a la muerte por lesión autoinfligida (con evidencia implícita o explícita) como una acción deliberadamente iniciada por la persona, intencional y consciente, en la que se obtiene el resultado deseado como es el morir. (OMS, 1999).

En los últimos años se ha observado a nivel mundial un importante aumento en la cantidad de adolescentes que ingresan a los servicios de salud por consultas vinculadas a intentos de suicidio y otras conductas autolesivas. Según informes del Ministerio de Salud (MINSAL, 2013), en nuestro país esta situación se ve reflejada en que más de un 10% de los egresos hospitalarios en adolescentes entre 10 y 19 años son vinculados a traumatismos, envenenamientos y causas externas.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014), el suicidio es la tercera causa de muerte en América entre los jóvenes de 10 a 25 años, ubicándose Chile en el cuarto país con más muertes por esta causa, con un aumento de la tasa de suicidios

en adolescentes entre 10 a 19 años de 5,7 a 7,0 por 100.000 habitantes entre los años 2005 y 2010, siendo los hombres quienes registran una tasa casi 3 veces más alta que las mujeres. (MINSAL, 2013)

Para Larraguibel y cols. (2000), las conductas suicidas en niños y adolescentes no sólo se restringen al acto suicida en sí, se pueden entender como un espectro que abarca desde las ideas y deseos suicidas (ideación suicida), pasando por las conductas suicidas sin resultado de muerte (intentos o tentativas suicidas) hasta los suicidios consumados o completados. Definiéndose entonces en un sentido más amplio como la preocupación, intento o acto que intencionalmente busca causarse daño a sí mismo o la muerte.

Se entiende entonces como un fenómeno complejo que agrupa múltiples factores interrelacionados; socioculturales, biológicos y psicológicos, existiendo desde allí diversas teorías que intentan explicarlo. (MINSAL, 2013)

Una de las primeras definiciones científicas sobre el tema es llevada a cabo por el sociólogo francés Emile Durkheim (1971), quien realiza una definición de suicidio delimitando la conducta suicida de otras en las que también resulta la muerte, incluyendo en su definición las características de intencionalidad y autoprovocación, dice “toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado” Desde la teoría sociocultural interpreta que los suicidios son el resultado de perturbaciones en la relación entre la sociedad y el individuo, recibiendo diversas críticas en su planteamiento como lo difícil que es separar las influencias individuales y demostrar la validez de esta teoría.

Desde un punto de vista más biológico, aparecen varios intentos de demostrar una base genética en relación al suicidio y la enfermedad mental, y a pesar de obtener algunos resultados positivos en gemelos monocigóticos y niños adoptados en familias

con conductas suicidas, se hace difícil comprender si lo que aumenta el riesgo de suicidio en un individuo es la herencia, la forma en que éste modula el estrés en su vida o de la enfermedad mental en sí misma, como depresión o bipolaridad, factores que cuando están presentes aumentan el riesgo de suicidio por sí solos. (Rodríguez, F. y cols, 1990).

En psicología, existen múltiples teorías que intentan explicar el fenómeno de la conducta suicida, sin embargo, para efectos de este estudio nos sostendremos en la teoría psicoanalítica, que más que dar una explicación unidimensional al concepto de la conducta suicida, intenta comprender en profundidad como el sujeto llega al límite de cometer una agresión a sí mismo. Comenzando por Freud (1917) quien en “Duelo y Melancolía” se refiere al suicidio como la expresión de una carga inconsciente de hostilidad desde la pulsión de muerte, que se dirige contra el objeto amado previamente introyectado, y que involucra ambivalencia afectiva de amor y odio y se asocia a la agresividad. Más tarde Menninger (1972) intenta explicarse aquellas conductas autodestructivas crónicas que no tienen resultado en el suicidio, como el abuso de alcohol o las autolesiones, refiriéndose a ellas como un suicidio crónico y localizado respectivamente, que causa deterioro y sufrimiento pero que no tienen la intención de muerte como tal. Y por último Por último, para Bateman y Fonagy (2004), quienes ven la conducta suicida como un acto protector frente a una amenaza abrumadora de desintegración del self, en un individuo que no puede mentalizar y por ende metaforizar y verbalizar los sentimientos.

Ahora bien, la mayor parte de las veces en el contexto terapéutico, los pensamientos o ideación suicida no son verbalizados directamente ni aparecen como motivo de consulta. De hecho, suelen manifestarse de diferentes formas en un rango más o menos explícito, tanto verbal como no verbal. Más aún, puede que el cliente niegue la ideación suicida cuando sea entrevistado con el objetivo de evitar que se descubra su plan, por temor a que genere ansiedad en el terapeuta o por creer que pone la relación terapéutica en riesgo. Por ello, para prevenir cualquier tipo de conducta suicida es de

gran importancia que el especialista sea capaz de detectar la presencia de la ideación o deseo de muerte. ¿Pero cómo hacerlo si es tan difícil acceder a ella?. (De la Torre, 2013)

Para este estudio se plantea que el Arte Terapia puede ayudar a niños y adolescentes a reconocer y comprender la conducta suicida en su amplio espectro, como una guía para llegar a simbolizar, y con ello ayudar a mentalizar e integrar las representaciones y los afectos que las acompañan, reduciendo los actos inconscientes de auto daño.

El Arte Terapia es una disciplina definida por la Asociación Americana de Arte Terapia (A.A.T.A, 2013) como:

Una profesión de la salud mental en el que los usuarios, con el arte terapeuta como facilitador, utilizan los medios de arte, el proceso creativo y la obra resultante para explorar sus sentimientos, resolver los conflictos emocionales y fomentar la conciencia de sí mismo.

A través del arte terapia el paciente puede comunicarse con los materiales artísticos facilitando la expresión y reflexión en el proceso creativo. Entregando la posibilidad de interpretar el mundo interno y subjetivo, no verbal, que se desconoce, que no se desea, o se teme verbalizar. Lugar en que se encuentra la conducta suicida. (Marxen, 2011)

Como la conducta suicida es un fenómeno complejo y multicausal, que tiene un carácter global y trata de comprenderse desde las creencias, valores y reflexiones individuales, requiere un abordaje desde un enfoque de complejidad comprensivo. “Un enfoque positivista y lineal reduciría las posibilidades de comprensión de la realidad”. (Ruiz, 2012).

Desde la perspectiva cualitativa, definir el problema no es delimitar o circunscribir con precisión, sino situarse, sumergirse, acercarse al núcleo del mismo. En

un intento de comprensión global, siempre en su totalidad, nunca como un fenómeno aislado. Exploración que requiere entrar en contacto directo con el tema, involucrarse con él, siendo la proximidad un requisito indispensable. (Pérez, 1994)

Buscamos descubrir, captar y comprender el significado de la conducta suicida en niños y adolescentes. Describir lo que está en la mente de los niños que piensan en hacerse daño o en querer morir, observando la interacción de todos los elementos e interpretando como operan en su contexto natural. Se opta por una metodología cualitativa basada en la rigurosa descripción contextual que garantice la máxima intersubjetividad en la captación de una realidad compleja que haga posible un análisis interpretativo, incorporando lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresadas por ellos mismos. (Pérez, 1994)

Desde aquí es que responderemos nuestra pregunta de investigación, intentando contribuir a la comprensión de un fenómeno cuya frecuencia va en aumento y del que tanto se desconoce:

¿Cómo una experiencia arte terapéutica, puede facilitar el reconocimiento y la comprensión de la conducta suicida en una adolescente?

2.2 Relevancia teórica

Se revisó la productividad científica en el tema de investigación en los siguientes catálogos: Scielo, Taylor and Francis, researchgate, BEIC, EBSCO, Dialnet y cybertesis. Se definieron cinco palabras claves: arteterapia, arte, adolescentes, suicidio y autolesiones. Se realizó una búsqueda con varias combinaciones de dichas palabras claves, siempre manteniendo la asociación arte o arteterapia y suicidio o autolesiones, filtrándose los artículos cuyas publicaciones eran posteriores al año 2010. En esta búsqueda no se encontró bibliografía alguna en español, sólo artículos en inglés de los cuales se hallaron dos investigaciones que combinaron las palabras claves arte o arte terapia y suicidio o autolesiones.

Jacobs-Kayam, Lev-Wiesel y Zohar, (2013) en “Self-mutilation as expressed in self-figure drawings in adolescent sexual abuse survivors” estudian ampliar el uso actual de la DAP de Machover (dibujar una persona) para identificar indicadores de autolesiones en los dibujos de mujeres adolescentes sobrevivientes de abuso sexual, promoviéndola como una herramienta eficaz en arteterapia. Se estudiaron 92 mujeres entre los 13 y 27 años, con un promedio de edad de 17,5 años, 72 de ellas hospitalizadas, existiendo reporte en 35 de ellas de autolesiones. Se les realizó un cuestionario sociodemográfico, uno de historia de trauma y se les solicitó que una hoja blanca de carta se dibujaran con un lápiz a ellas mismas. Se encontraron correlaciones positivas entre evaluaciones psicométricas y dos indicadores de automutilación en la prueba DAP; la calidad en la línea del cuerpo y la expresión de signos sexuales, además de existir una asociación importante entre conductas de automutilación y otras conductas de riesgo como alto consumo de alcohol, abuso de sustancias e intentos de suicidio. No se encontraron correlaciones entre autolesiones y trastornos alimentarios. El estudio también proporcionó la validación en la DAP de cuatro indicadores de abuso sexual previamente documentados. En conclusión, debido a que la DAP permite la expresión no verbal de las emociones y dificultades internas mediante el uso de un medio fácilmente administrable y no amenazante, que incluso puede ser usado en grupo, podría ser una

medida apropiada para la detección precoz de la automutilación, mejorando la capacidad de detección temprana y con ellos la intervención oportuna.

En la misma línea Park y Kimb, (2013) en “A validation study on DAS in the prediction of suicidal risk for adolescents” investigan las relaciones entre el riesgo suicida en adolescentes y la respuesta mostrada a través de la evaluación de Draw-a-Story (DAS) de Silver, además de examinar la fiabilidad y validez de este instrumento como una herramienta de predicción de riesgo suicida. Participaron 413 estudiantes de 6 escuelas intermedias de una ciudad urbana (Busan) de Corea del Sur. Se utilizaron como instrumentos de estudio la escala de predicción suicida y la evaluación DAS. Como prueba de dibujo proyectivo, la evaluación de dibuja una historia (DAS) es útil para evaluar depresión y auto y heteroagresividad en niños y adolescentes. Con papel, lápiz y goma de borrar, se solicitó al paciente que imaginara y dibujara lo que imaginó, contando una historia sobre su dibujo, para luego captar los significados abiertos y encubiertos del contenido de la historia. En la escala de clasificación DAS existen dos categorías a evaluar, contenido emocional y auto-imagen. Las puntuaciones de contenido emocional reciben puntos más bajos por contenidos más negativos o destructivos, las puntuaciones de autoimagen reciben puntos más bajos por más infelicidad o más autoimagen negativa. En los resultados del estudio se observó una correlación entre la puntuación DAS y el riesgo suicida, tanto en el contenido emocional como en la autoimagen, recibiendo incluso menor puntaje aquellos pacientes que se evaluaron con mayor riesgo de suicidio. Lo que verifica la fiabilidad y validez del DAS como herramienta de evaluación para predecir el riesgo suicida en adolescentes, permitiendo que esta sencilla evaluación que no requiere de lenguaje verbal y es muy poco invasiva en su aplicación, pueda ser usada para pesquisa temprana en contextos escolares o recreativos, como en psicoterapia de adolescentes.

Existen otros estudios que intentan validar el dibujo como una herramienta que puede utilizarse para el diagnóstico de la conducta suicida en adolescentes, como dibujo libre (Ann, 2009), dibujo del árbol (Jeong, 2009) y dibujo del puente (Heo y Jue, 2010).

Intentando validar estos métodos como una herramienta complementaria, que busca compensar la debilidad que tienen los cuestionarios verbales, en especial en los trastornos internalizantes, donde los síntomas no logran aparecer en las pruebas que requieren lenguaje verbal. Sin embargo, estas investigaciones no se orientan a la práctica arteterapéutica. (Park y Kim, 2013)

En Chile, Inzunza y cols. (2012), encontraron que en niños y adolescentes el diagnóstico DSM más frecuentemente asociado a la conducta suicida es la depresión, con un 74,5%, seguido por cuadros ansiosos y de alteración de conducta. Destaca la presencia de síntomas de desarrollo límite de personalidad, como impulsividad, inestabilidad afectiva, intolerancia a la frustración y un patrón disfuncional de relaciones interpersonales. Y aunque el foco nuestra investigación no se centra en la patología DSM, parece interesante realizar una segunda búsqueda donde se usaron las siguientes palabras claves: arteterapia y depresión, arteterapia y trastorno de personalidad y arteterapia y ansiedad en adolescentes.

En la tesis “Estudio narrativo: significados personales que acompañan las obras realizadas en un proceso de arteterapia de una adolescente diagnosticada con trastorno del ánimo depresivo” de la autora Astrid Castro (2014), se observa como a partir de la utilización de un dispositivo arte terapéutico una paciente adolescente diagnosticada con depresión logra dar significado y con ello sentido y visibilidad a sus vivencias afectivas, tanto desde la narrativa como en las obras producidas. Se observan dentro de los principales conflictos las quejas relacionales con las figuras vinculares y el ámbito escolar, observándose que el arteterapia facilita el contacto y el acceso a aspectos relacionales vinculados a las vulnerabilidades anímicas y amortiza el síntoma al desmontarlo a través de la obra, permitiendo desarrollar competencias en la propia subjetividad de las personas y por ende al desarrollo de la autonomía personal. En el aspecto de la elaboración afectiva se observó que el proceso creativo generó apertura y elaboración de la vivencia afectiva traumática previa, refiriéndose la autora a las autoagresiones de la paciente que se vieron externalizadas y reformuladas en la obra,

articulándose una autoconciencia de la vivencia emocional hacia un plano más viable. Por último se observó como el arteterapia ayudó a la elaboración de pérdidas afectivas y construcción de identidad.

Por su parte en “The Influence of Art Making on Anxiety: A Pilot Study”, los autores Sandmire, D, y cols. (2012) examinaron los efectos psicológicos de la creación de arte en una muestra de 57 estudiantes de pregrado. Una semana antes de los exámenes finales, los participantes fueron asignados aleatoriamente a un grupo de arte o un grupo de control, administrándoseles el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo antes y después de la participación. Las actividades de elaboración de arte incluían pintar o colorear mandalas pre-diseñadas, pintar de forma libre, hacer collage, dibujar bodegones y modelar con arcilla. El puntaje de ansiedad de estado medio entre la pre-actividad y la post-actividad disminuyó significativamente en el grupo de creación de arte, mientras que no se encontró diferencia en el grupo de control. Estos hallazgos sugieren que un breve período de creación de arte puede reducir significativamente el estado de ansiedad de una persona, lo que puede tener implicancias en los programas de arteterapia como método de ayuda para enfrentar al estrés.

En vista de no encontrar más estudios en adolescentes, se decidió ampliar la búsqueda a adultos, se buscaron estudios en adultos que asociaran los conceptos arteterapia y depresión, arteterapia y trastorno de personalidad y arteterapia y ansiedad.

Aquí se encuentra “How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder?” de Springham, N y cols. (2012). Este artículo evalúa un programa piloto de tratamiento basado en la mentalización para el trastorno de personalidad límite (BPD), que tenía un grupo de terapia de arte dentro de sus tres componentes. La evaluación incluyó una serie de medidas estandarizadas y mostró que el programa tuvo resultados positivos con aumentos en la tolerancia al estrés, disminución en el uso de servicios de apoyo y dos participantes que dejaron de cumplir con los criterios para el diagnóstico de BPD. A través de una estrategia de investigación cualitativa, con el uso

de entrevistas, se exploraron las experiencias de los usuarios de arteterapia donde se observó que el arteterapia era un ingrediente esencial en ayudar a desarrollar una mayor mentalización. El estudio sugiere que la externalización del contenido mental al ritmo del paciente y en de forma explícita pero flexible son aquellos elementos que mayormente contribuyen en el proceso de mentalizar para este tipo de pacientes.

En “Efficacy of Creative Clay Work for Reducing Negative Mood: A Randomized Controlled Trial.” Kimport, E. y Robbins, S. (2012). Exploran a 102 participantes adultos con estado de ánimo negativo quienes a través de un autoreporte revelan una mejora del estado de ánimo después de la manipulación de arcilla en comparación con el manejo de una pelota. Los autores afirman que este ensayo documenta que el trabajo de arcilla tiene una eficacia específica para reducir estados de ánimo negativos

Se puede concluir entonces que existen publicaciones recientes sobre suicidio, intentos de suicidio y autolesiones en adolescentes, desde una perspectiva médica psiquiátrica que busca encontrar relación entre los factores de riesgo y la conducta suicida, con el objetivo de realizar un tratamiento más temprano, preventivo y efectivo. También se encontraron publicaciones en relación a las intervenciones en crisis, tratamiento psicoterapéutico y farmacológico, sin embargo no se encontraron resultados en asociación con arte terapia.

Esto plantea un gran desafío para esta investigación, ya que si bien se ha planteado que el arte terapia puede ser de utilidad en el abordaje de la conducta suicida en adolescentes, esto no se ha explorado con mayor profundidad y así lo demuestra nuestra revisión bibliográfica.

Si el arte terapia de orientación psicodinámica puede ayudar a los pacientes a externalizar los pensamientos homicidas de forma más segura que cuando se dirigen directamente hacia el terapeuta, es de gran interés para la investigación conocer si el arteterapia puede ser una herramienta útil en el reconocimiento de la conducta suicida en

adolescentes, debido a que es de alta frecuencia que en el espacio psicoterapéutico exista negación o falta de reconocimiento de estas conductas, por lo dolorosas, contradictorias y desintegrativas que pueden ser. (Levens, 1989)

Esto lo demuestra el aumento tanto en el mundo como en nuestro país de la conducta suicida, llegando al 10% de los egresos hospitalarios en adolescentes entre 10 y 19 años, debido a que la intervención suele llegar cuando el fenómeno ha pasado más allá que sólo una idea, y se ha constituido en una ideación más estructurada, una autolesión e incluso un intento de suicidio, provocando gran deterioro en el desarrollo emocional del paciente. (MINSAL, 2013)

Esta investigación propone al arte terapia como una herramienta fundamental para permitir el reconocimiento y la exploración de los impulsos destructivos de los pacientes adolescentes con el objetivo de desarrollar una mejor comprensión de la afección emocional que los aqueja en el momento de hacerse daño y desde ahí orientar el tratamiento con mayor oportunidad y eficacia.

2.3 Marco teórico

Conducta suicida en adolescentes

La adolescencia es un momento de reorganización psíquica, donde se adquiere pensamiento propio, aparecen cambios físicos para formar un nuevo cuerpo sexuado y se comienza a construir la identidad sexual. En el camino se produce un malestar intenso que podría tener expresión psíquica o corporal, desde conflictos y contradicciones internas hasta ataques al cuerpo y al pensamiento, traducidos en violencia, angustia, dolor o conductas suicidas. (Álvarez y Quintero, 2015).

La conducta suicida tiene gran impacto epidemiológico, constituyendo la tercera causa de muerte de adolescentes a nivel mundial, y se ha observado un aumento importante de su frecuencia en la población infatojuvenil en los últimos años. Es un fenómeno que tiende a repetirse a lo largo de la vida, especialmente en presencia de abuso de sustancias e impulsividad; cuando u paciente realiza un intento, existe un 24% de posibilidades que vuelva a repetirlo dentro del siguiente año (Inzunza y cols., 2012).

La conducta suicida abarca desde las ideas de muerte hasta el suicidio consumado. Se distingue en ella la autolesión como un daño intencional y directo hacia el propio cuerpo, que da lugar a daño físico, de superficial a moderado, pero donde no existe intención suicida. (Inzunza y cols., 2012).

Los investigadores le han otorgado múltiples nombres a este fenómeno: autodaño deliberado, parasuicidio, autolesión no suicida, automutilación, autolesión, daño autoinfligido, entre otros. Esta falta de consenso ha causado una gran dificultad a nivel de la investigación tanto para estimar prevalencia como para realizar estudios comparativos. La mayoría de las lesiones autoinfligidas no exigen hospitalización, lo cual hace que la intervención no sea urgente ni se vea como una necesidad, la necesidad de intervención se ve amplificada por la naturaleza repetitiva del síntoma, y aunque no se consideran como parte de las tendencias suicidas, conllevan un riesgo de muerte. El paciente oculta esta conducta, y en la mayoría de los casos, no se produce revelación espontánea, por lo cual es el terapeuta el que debe quitar la capa de secreto alrededor de la autolesión para guiar al paciente a encontrar la ayuda que necesita. (Jacobs-Kayam, Lev-Wiesel y Zohar, 2013).

Conducta suicida y psicoanálisis

Desde la teoría psicoanalítica Freud (1917), en “Duelo y Melancolía” intenta explicar la conducta suicida como parte de un homicidio orientado anteriormente hacía otras personas y dirigido hacía el objeto amado previamente introyectado, que involucra

ambivalencia afectiva de amor y odio y se asocia a la agresividad, siendo esta conducta una manifestación de un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.

En esta misma línea de análisis, Hendin (1951) plantea que las fantasías de muerte que preceden al acto suicida aparecen en períodos de crisis psicológica y conflicto emocional, tomando forma de deseo de escapar, de castigo, de venganza, de rendición masoquista y de esperanza de rescate.

Por su parte Jung (1959), considera al suicidio como la muerte del ego que ha perdido el contacto con el self y por ende con el significado de la vida, llevándose a cabo cuando se mantiene una situación que sólo podría tener fin con la muerte, existe un conflicto importante, la ira alcanza proporciones asesinas que se vuelcan hacia uno mismo o la falta de vitalidad hace imposible encontrar una salida.

Menninger (1972) en su obra clásica sobre el suicidio afirma que existe en todos los individuos instintos de muerte, pero que se consolidan en un acto hacia la propia destrucción sólo cuando se combinan diversas circunstancias y factores. Define tres componentes esenciales del comportamiento suicida, el deseo de matar como impulsos cristalizados derivados de la agresividad primaria, el deseo de ser matado desde los sentimientos de culpa y castigo, y el deseo de morir para descansar y rehuir de los conflictos. Plantea a su vez otras formas de suicidio; el suicidio crónico como aquellas conductas autodestructivas que nos llevan a sufrimiento y deterioro entre las cuales se encontrarían las conductas antisociales, el alcoholismo, la invalidez crónica; el suicidio localizado que se centra sobre una parte del cuerpo, como las automutilaciones, onicofagia, accidentes intencionados; y el suicidio orgánico producto de los factores psicológicos de la enfermedad orgánica. (Rodríguez, F. y cols, 1990).

Por último, para Bateman y Fonagy (2004), la conducta suicida es vista como un acto protector frente a una amenaza abrumadora de desintegración del self, en un

individuo que no puede mentalizar y por ende metaforizar y verbalizar los sentimientos. Si no hay capacidad de mentalización, lo negativo es vivido con gran intensidad, hay sentimientos de depresión elevados y urgencia de distracción, espacio propicio para el acto suicida. Bajo este concepto, el foco del tratamiento se sitúa en incrementar la capacidad del adolescente y de la familia para entender la acción en términos de pensamientos y emociones, incrementando el autocontrol y la regulación emocional, y por ende reduciendo los actos.

Conducta suicida y arteterapia

Franks y Whitaker (2007) observaron cómo el trabajo de arte en el contexto de psicoterapia de grupo en adolescentes suicidas, actúa como una interfase comunicadora a través de imágenes mentalizadoras en la relación intra e inter personal, permitiendo la internalización de la capacidad de mentalizar. Destacando el rol de la imagen en pacientes suicidas, quienes lograron crear un lenguaje visual no verbal que les permitió la comunicación con ellos mismos y los otros, funcionando como un diálogo visual que usaron como medio para ser reconocidos.

Para un individuo que experimenta sentimientos y pensamientos homicidas, esto puede ser terrorífico, sin embargo la externalización a través de hacer arte puede facilitar el conocimiento de aquellos aspectos negados o reprimidos del self. En relación a los mecanismos de defensa, el paciente usa el arte para evacuar sus pensamientos peligrosos y deseos no gratificantes de forma más segura que cuando se dirigen directamente hacia el terapeuta, de esta forma su arte actúa como un espejo donde se ve reflejado a él mismo más claramente, o como un intermediario contenedor entre el mundo interno y externo. (Levens, 1989)

En relación a las autolesiones, se ha visto que cuando se usan las artes visuales el foco se centra en la experiencia interna del paciente, sus sentimientos y percepciones, facilitando el proceso de darse cuenta, lo cual puede ser particularmente relevante para

trabajar con pacientes que se autolesionan, quienes a menudo experimentan una autoconciencia limitada y una gran dificultad para expresar sus emociones. (Whisenhunt y Kress, 2013)

Otro beneficio notable es la posibilidad que proporciona el trabajo de arte en terapia para mejorar el “sentido de control” al permitir la libertad y responsabilidad de elegir las palabras, los colores, los medios artísticos y los temas a tratar, generando una sensación de autoafirmación. Debido a que los pacientes que se autolesionan suelen experimentar sentimientos negativos intensos como la auto-derogación, la culpa, la vergüenza y la baja autoestima, la sensación de control sobre el uso de medios artísticos y el posible desarrollo de habilidades en esta área, pueden ser particularmente útiles en atenuar los síntomas. (Whisenhunt y Kress, 2013)

Por su parte Milia 2000, en su libro “Self-mutilation and art therapy” se refiere a que en su forma más básica, el elemento táctil de hacer arte puede ser calmante para el paciente, funcionando como elemento de liberación emocional y catarsis, y puede a su vez ayudar a mejorar la capacidad de conectarse con la sensación de relajación. En su función comunicativa el arte puede proporcionar una forma alternativa de comunicación menos amenazante, como una representación física de aquellos sentimientos que no han sido verbalizados directamente. Reconoce además las funciones metafóricas y simbólicas de contención y protección que algunas formas de arte como jarrones, tazones, cajas, cercas y paredes, que pueden contener emociones y recuerdos que el paciente encuentra difíciles de tolerar. A través de la creación artística, los pacientes utilizan su imaginación para crear algo táctil y observable a partir de materias primas que, por sí mismas, carecen de significado Esta creación tangible proporciona "algo duradero que registra significados, experiencias y sentimientos"

Ya lo registraba Joy Schaverien (1991), quien se refiere a las imágenes encarnadas como imágenes dotadas de poder y repletas de carga inconsciente, donde el paciente ha recreado partes de sí mismo por lo que pueden convertirse en un talismán

liberador que se guarda y se protege, o en chivo expiatorio si encarna sentimientos de culpa que se transfieren al objeto y se sacrifican. Se transforman entonces en imágenes contenedoras, que reconcilian la tensión ambivalente fuera del self, teniendo repercusiones importantes a nivel emocional. En el momento en que la imagen se vuelve talismán, el paciente puede ver en ella su dolor o su culpa, otorgándole poderes que la ligan a una significación mágica, simbólica y emocional. Puede que necesite un tiempo antes de poder asimilarlo, pero ya existe una forma de conocimiento, de responsabilidad y pertenencia, ejercicio que puede ser útil en pacientes que luchan por la contradicción entre la vida y la muerte.

Los medios artísticos proporcionan entonces una sensación de distancia protectora del problema, lo que ayuda a darse cuenta de que "están luchando contra algo fuera de sí mismos en lugar de luchar literalmente contra sí mismos". Además, el proceso de externalización puede ayudar en la resolución creativa de problemas e incluso contribuir al aprendizaje de relaciones de causa y efecto que conllevan a la autolesión (Kress et al., 2008, p.108).

Si las estrategias terapéuticas que tienden a ser más útiles para los pacientes que se autolesionan son aquellas que les enseñan cómo satisfacer sus necesidades de manera saludable para enfrentar y manejar eficazmente los pensamientos y sentimientos desagradables, y sabiendo que existe en estos pacientes una dificultad importante para comunicar verbalmente sus emociones, el uso de métodos no verbales de expresión puede ser increíblemente útil. En la expresión creativa la exploración de los conflictos se hace en un ambiente de contención, distancia emocional y autorelajación, donde puede ser muy difícil para el paciente rechazar o racionalizar las imágenes creadas, desarrollándose habilidades de afrontamiento más sanas que llevarían a la reducción del síntoma. (Whisenhunt y Kress, 2013)

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Explorar y describir la experiencia personal de la conducta suicida dentro de un contexto arteterapeutico.

Objetivos Específicos

1. Descubrir si el lenguaje artístico como medio de expresión en el contexto arteterapeutico es una ayuda para reconocer y comprender la conducta suicida en niños y adolescentes.
2. Descubrir cómo una experiencia arte terapéutica puede facilitar el reconocimiento y la comprensión de la conducta suicida en adolescentes.
3. Comprender la experiencia personal y subjetiva de la conducta suicida a través del arteterapia.
4. Exponer como la conducta suicida más que un síntoma a tratar es una forma compleja de expresión emocional.
5. Generar un aprendizaje a partir de la investigación realizada con el objetivo de introducir el arteterapia como herramienta de pesquisa oportuna e intervención temprana de un síntoma que no se verbaliza.

IV. METODOLOGIA.

4.1 Perspectiva Paradigmática

La presente tesis se realizó desde una perspectiva paradigmática cualitativa, tipo de investigación que reúne datos descriptivos desde las propias palabras de las personas, habladas o escritas y las conductas observables. “Para la perspectiva fenomenológica y por lo tanto para la investigación cualitativa, es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan. Los investigadores cualitativos se identifican con las personas que estudian para poder comprender cómo ven las cosas” (Taylor y Bodgan 1992:22).

Para LeCompte (1995) la investigación cualitativa puede entenderse como: "una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video cassette, registros escritos de todo tipo, fotografías o películas y artefactos” Es así como se establecen varios métodos que representan diferentes estrategias para investigar. A través del método interpretativo, se abordan aspectos del fenómeno estudiado que pueden considerarse abstractos y subjetivos, que al ser llevado a análisis, nos permiten comprender como el sujeto construye y explica su realidad. La tarea de organizar dichos datos descriptivos de manera lógica, será del investigador, quien a través de la confrontación con referentes teóricos intentará encontrar los significados ocultos, no manifiestos, ante una cantidad de datos que en los primeros momentos se manifiestan inconexos, amplios y arbitrarios.

En este tipo de investigación predomina la práctica y por ende no es lo fundamental establecer generalizaciones o leyes. Aspira al descubrimiento y comprensión de los fenómenos en condiciones naturales, su objetivo es penetrar en el mundo personal del paciente, en cómo interpreta situaciones, lo que estas significan para él y que intenciones, creencias y motivaciones lo guían. Se centra en la descripción y

comprensión de lo individual, lo único y particular, lo singular de los fenómenos, buscando significados, símbolos e interpretaciones desde el propio participante, captando, explorando e intentando comprender la conducta suicida en adolescentes desde la observación de la interacción de todos los elementos que se presentan en sesión, interpretando cómo estos operan en su contexto natural, desde la subjetividad del individuo que los experimenta. (Pérez, 1994)

El posterior análisis se realizó distinguiendo, separando y priorizando elementos de la narrativa y las acciones del paciente vertidas en las sesiones arte terapéuticas, con el objetivo de reconocer lugares comunes en ellas y rescatar temáticas, ideas, sentires que se concentraron presentes en los elementos recogidos. Por ello este tipo de investigación fue abierta y flexible en su fase de análisis, e implicó un ir y venir en el proceso, trabajando con citas extraídas cuidadosamente por el investigador, directamente de las transcripciones de cada sesión, manteniendo la fidelidad de su origen. Como paso final, éstas confluyeron en grandes agrupaciones conceptuales que dieron cuenta en su conjunto del problema a investigar y originaron las categorías. (Banister, P.; et al, 2004)

Así, el proceso de investigación desde esta línea paradigmática cualitativa, nos permitió explorar y describir los fenómenos que ocurrieron desde la observación y análisis exhaustivo del proceso arte terapéutico de una paciente adolescente con conducta suicida que es atendida en el servicio de psiquiatría de un hospital de la zona sur de Santiago.

4.2 Tipo de Investigación

La siguiente investigación es de tipo interpretativa en el marco de una metodología de estudio de caso. Donde lo que se intentó fue descubrir y comprender fenómenos en las condiciones naturales del paciente, penetrando su mundo interno y su subjetividad. El cómo reflexiona, interpreta y significa sus vivencias cotidianas, focalizándonos en la descripción y comprensión del sujeto como un individuo único y particular.

Según Ceballos-Herrera, F. (2009), el estudio de caso no se define por un método específico, sino por el objeto concreto, único y particular que se estudia. Su objetivo es documentar una experiencia en profundidad para lograr comprender la vivencia desde la perspectiva del propio sujeto que la experimenta, sin partir la investigación desde una hipótesis ni de concepciones preestablecidas, si no generándola conforme a la recolección y análisis de datos, intentando integrar teoría y práctica.

4.3 Descripción del diseño de investigación

El diseño de investigación entonces se centró en la descripción y comprensión de lo singular de los fenómenos experimentados por el paciente, buscando significados e interpretaciones desde el propio individuo con la intención de comprender la conducta suicida en una adolescente.

Es así como la intervención se realizó en el Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil de un hospital de la zona sur de Santiago, debido a la existencia de población infantojuvenil numéricamente importante en relación a la situación a estudiar, la conducta suicida.

Se realizó entonces una reunión clínica con el equipo multidisciplinario del hospital que facilitó el conocimiento de la práctica de arteterapia, realizándose una ficha de derivación que permitió la entrega de información en forma eficaz. Se solicitó la derivación a taller individual de arte terapia a pacientes entre 14 a 18 años que presentaran dentro de sus motivos de consulta algún espectro de la conducta suicida, incluyendo autolesiones; que fueran usuarios del hospital y que tuviesen la voluntad de participar de la experiencia arteterapéutica. Se excluyeron pacientes con consumo abusivo de sustancias, discapacidad mental, cuadro psicótico y psicopatía.

Una vez realizada la derivación, se contactó a la paciente y a su madre y se les citó a una primera entrevista que tuvo por objetivo explicarle a ambas el funcionamiento general del taller y los objetivos centrales de la investigación a realizar, destacando la libertad de asistir voluntariamente a cada sesión. Una vez que estuvieron de acuerdo con

el proceso de investigación, se les solicitó consentimiento y asentimiento informado, lo que permitió filmar todas las sesiones bajo el código ético de confidencialidad, el cual a su vez protegería la identidad de la paciente y sus obras. Además se realizó una breve anamnesis y se acordaron horarios, lugar y duración del taller. Se conversó sobre la confidencialidad de las sesiones y de sus obras, haciendo énfasis en las razones de quiebre del secreto; la presencia de riesgo para su vida o la vida de los demás. (ver anexo 1)

El setting se estableció en dependencias del mismo hospital, en un box de atención de salud mental de unos dos por tres metros que contaba con una ventana corredera en su pared posterior con salida a un pequeño patio por el cual entraba luz natural, la cual era complementada por la luz artificial disponible. La sala contaba con un escritorio, dos sillas y un par de muebles con juguetes y cuadros decorativos. La investigadora se armó de una caja personal con el material requerido para las sesiones de Arte Terapia que se mantuvo guardada en el box de atención durante toda la investigación, así como de la cámara con la cual fueron grabadas las sesiones.

Una vez concluida cada sesión se realizó una transcripción que originó el registro ampliado correspondiente, del cual se obtuvieron los rótulos que finalmente se agruparon dando origen a las categorías más representativas de las vivencias personales de la adolescente en cuestión. Así, el análisis categorial gira en torno a una gran categoría y a dos menores, pero por ello no menos importantes en la experiencia del sujeto.

4.4 Elección de tamaños muestrales.

Debido a que el objetivo de la investigadora era buscar describir y comprender la conducta suicida en adolescentes, se elige el servicio de psiquiatría infantojuvenil de un hospital de la zona sur de Santiago, conociendo el alto flujo de derivaciones de

adolescentes con esta problemática en cuestión, orientando la elección de la muestra por el criterio de conveniencia.

Para esta investigación los criterios de inclusión fueron los siguientes :

- a. Adolescentes de 14 a 18 años
- b. Motivos de consulta al hospital algún espectro de la conducta suicida
- c. Primer ingreso al servicio de psiquiatría del hospital
- d. Derivados por cualquier profesional del equipo multidisciplinario del hospital a taller de Arte Terapia
- e. Voluntad de participar en el taller de Arte Terapia

Se consideraron importantes estos criterios de inclusión debido a la etapa del desarrollo y la sintomatología en la cual se centró esta investigación, con énfasis en la total libertad del paciente de decidir si participar o no del taller de arte terapia y con ingreso reciente al servicio hospitalario, debido a que este último punto reafirmaba el hecho que el paciente no estaba siendo apoyado con otro tipo de terapia en este establecimiento.

Dentro de los criterios de exclusión se incluyeron:

- a. Pacientes con consumo abusivo de sustancias
- b. Discapacidad mental
- c. Cuadro psicótico
- d. Psicopatía.

Siendo considerados estos criterios de exclusión debido a la interferencia tanto afectiva como cognitiva que estos cuadros clínicos pueden producir en los pacientes, y por lo tanto en sus experiencias personales, haciendo más difícil que la investigación estuviese centrada en la conducta suicida.

Por su parte la participante es Camila, una adolescente de 15 años ingresada al servicio de psiquiatría infantojuvenil de un hospital de la zona sur de Santiago debido

a autolesiones e intento de suicidio por ingestión de fármacos. Destaca en la interconsulta antecedentes de abandono de tratamiento previo y depresión materna. En la entrevista de ingreso Camila expresa la voluntad de participar en el taller de arte terapia por lo cual es derivada con la terapeuta a cargo.

4.5 Elección de técnicas de producción de información y/o recolección de datos

Con el objetivo de dejar registrada la totalidad de las sesiones, manteniendo la objetividad de la observación, es que se grabaron en video todas las sesiones producidas, ya que la misma investigadora fue la encargada de acompañar en el espacio terapéutico a la paciente. Siendo en ocasiones necesario el registro fotográfico para complementar la información.

Se ofrecieron materiales de diversa índole, que fueron expuestos ordenadamente con el objetivo de que la paciente pudiese explorarlos todos con facilidad (anexo 2). Las tres sesiones utilizadas para esta investigación se realizaron en las dependencias del hospital y tuvieron una hora y media de duración aproximadamente, considerando un setting adecuado y reservándose los criterios de confidencialidad antes expuestos.

El estilo de las sesiones fue no directivo, con el objetivo principal de introducir el arteterapia en el tratamiento de la paciente, creando un espacio seguro para establecer un buen vínculo terapéutico en especial conociendo los antecedentes de abandono del tratamiento anterior. Sin embargo más de una vez la terapeuta tuvo que ofrecer alternativas de materiales a la paciente para que iniciase el trabajo terapéutico.

La primera sesión comenzó con una pequeña relajación de no más de dos minutos tras lo cual se motivó a la paciente a explorar los materiales y realizar una creación totalmente libre. Sin embargo, Camila insistió en preguntar qué debía hacer, por lo cual la terapeuta le sugirió la consigna “Cómo estas hoy día”. La paciente exploró los materiales y escogió las temperas, produciendo una obra sobre la que reflexionó con apoyo de la terapeuta.

A la segunda sesión la paciente llegó más cómoda y tranquila, escogió diferentes materiales y trabajó sobre ellos muy concentrada y prolija, creando una obra tridimensional que le permite poner nombre a sus sentimientos disfóricos.

Para concluir, a la tercera sesión Camila llega muy molesta, no quiere trabajar y no es hasta que la terapeuta la contiene que ella comienza su obra. En esta última sesión Camila confronta el vínculo y se muestra resistente, sin embargo a medida que transcurre el tiempo y la terapeuta refuerza el vínculo terapéutico, la paciente logra bajar las defensas y entregarse a la reflexión en compañía de la terapeuta.

4.6 Metodología para el análisis.

Una vez realizados los registros ampliados de las tres sesiones correspondientes, se obtuvieron los rótulos que finalmente se agruparon dando origen a las categorías más representativas de las vivencias personales de la adolescente en estudio. Siendo la producción de las categorías la fase más importante de la investigación cualitativa. (Perez Serrano,1994).

Cada categoría se compone de subcategorías que concentran ideas, conceptos o temas similares que fueron descubiertos durante el proceso de investigación. Este último proceso fue el que sentó las bases para elaborar las primeras conclusiones, que al ser asociadas con elementos teóricos terminaron de dar forma a esta investigación. (Fernández Núñez, L., 2006)

Así, en el análisis categorial se observó un predominio de una gran categoría, la cual fue acompañada de dos categorías menores, pero no por ello no menos importantes en la experiencia del sujeto.

1. INDEFINICION/DIFUSION DE IDENTIDAD

Subcategorías

- a. Indefinición –falta de claridad
- b. Dificultad en el reconocimiento y control de las emociones (Autolesiones)
- c. Desconfianza en lo vincular

2. Menosprecio

Subcategorías

- a. Atribución interna del fracaso e incapacidad
- b. Devaluación de su obra

3. Recursos personales

Subcategorías

- a. Muestra interés y disposición
- b. Muestra agrado
- c. Concentración

4.7 Aspectos éticos

Si bien no existe un consenso sobre las reglas éticas a seguir en investigación con seres humanos, de acuerdo a la ACAT (Asociación Chilena de Arte Terapia) es importante informar con claridad las características de la investigación, el método de trabajo y los beneficios que éste le puede traer al paciente y a la institución. Es por ello que en este caso se realizó una reunión clínica informativa, una entrevista previa con el

menor y el adulto responsable que informaron de todas las situaciones vividas durante la investigación. Posterior a ello se solicitó a la madre y a la paciente la firma de un consentimiento y asentimiento informado que funcionó como un contrato explícito de los términos básicos de la investigación. En él se encuentra la información adecuada respecto a la investigación, lo que les permitió tomar una decisión razonada sobre su participación. En el caso de los niños, los cuales legal y éticamente carecen de capacidad para el consentimiento informado, éste debe ser obtenido de los padres o tutores, tal cual ocurrió en este caso. (Mesía, 2007)

V. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

5.1 Contextualización

La información fue producida por una adolescente de 15 años ingresada al servicio de Psiquiatría Infantojuvenil de un hospital de la zona sur de Santiago debido a intento de suicidio y autolesiones. Se registran tres sesiones de Arte Terapia desde las cuales se obtiene el material para la realización de esta tesis. Las sesiones de Arte Terapia se llevan a cabo en dependencias del mismo hospital, en un box de atención de salud mental, de forma regular, manteniendo la confidencialidad y en un espacio que se considere seguro para la paciente, donde se logre la realización de las actividades sin interrupción y en un ambiente de tranquilidad. Abriendo un espacio propicio para la reflexión de sus vivencias personales y de las obras realizadas. (Pain y Jarreau, 1995).

En la primera entrevista personal se le explica a la paciente y a la madre sobre el funcionamiento general del taller y los objetivos centrales, se les realiza una breve anamnesis y se solicita consentimiento informado por parte de la paciente y la madre con el objetivo de filmar todas las sesiones. Además acordamos horario, lugar y duración del taller. Conversamos sobre la confidencialidad de las sesiones y de sus obras, siendo una excepción al secreto la existencia de riesgo para su vida o la vida de los demás. La paciente expresa la necesidad de realizar el taller de forma individual debido a que refiere que le incomoda estar con las personas, “En especial las de mi edad, las encuentro estúpidas”. “Yo soy más existencial, pienso en todo, me preocupo por todo”.

Es así como en la primera sesión se realiza una pequeña relajación y Camila escoge trabajar con témpera, realizando una imagen bidimensional sobre la cual profundiza en conjunto con la terapeuta al terminar la obra. En la segunda sesión escoge diferentes materiales, trabaja sobre un plato de plumavit, creando una imagen tridimensional, en un ambiente más tranquilo y cómodo, donde la paciente trabaja con

prolijidad y concentración. Esta creación ayuda a Camila a poner nombre a una serie de sensaciones disfóricas que siente que la llevan a la conducta autodestructiva y maltratante. Por último, a la tercera sesión Camila llega muy molesta, en un principio no quiere trabajar, se muestra más resistente al trabajo reflexivo y confronta el vínculo con la terapeuta permanentemente. Este ataque debe ser contenido por la terapeuta con ayuda de la obra.

Como antecedentes importantes de la vida familiar de Camila, se destaca que ella es la tercera hija de la primera pareja de la madre, quien abandona el hogar durante el periodo prenatal de la paciente sin volver a tener contacto con la familia. Su hermano mayor tiene 30 años y vive fuera del hogar, su hermana de 29 años tiene tres hijos de 11, 6 y 5 años con los cuales vive en una pieza en el mismo terreno que la madre y Camila. La madre posee una pareja actual hace 10 años con la cual vive junto a la paciente, trabaja durante las mañanas haciendo aseo y cuida de los nietos durante las tardes. Durante la entrevista, la madre refiere sufrir cuadros depresivos recurrentes en tratamiento intermitente, recordando el más grave durante su adolescencia, instancia en la cual habría realizado tres intentos de suicidio, de los cuales no se habría enterado su hija.

Al ordenar y sistematizar la información se intenta comprender la subjetividad del mundo interno de Camila y la forma en que ella se relaciona con los otros y enfrenta los conflictos de la vida cotidiana. De este análisis se obtiene una categoría principal que sería el gran paraguas de los conflictos de Camila, la indefinición y difusión de identidad, la cual queda plasmada en el relato y acompaña la realización y reflexión de sus obras. Y dos categorías no menos importantes, el menosprecio y los recursos personales. Camila exclama constantemente expresiones de menosprecio hacia sí misma y hacia sus obras, sin embargo cuando se siente contenida, segura y cómoda aparece la prolijidad, constancia y concentración en su trabajo arte terapéutico.

Así, en estas tres sesiones Camila construye tres obras que son expuestas en la siguiente tabla resumen:

5.2. Tabla resumen de obras de Camila

Sesión 1	
Sesión 2	

Sesión 3



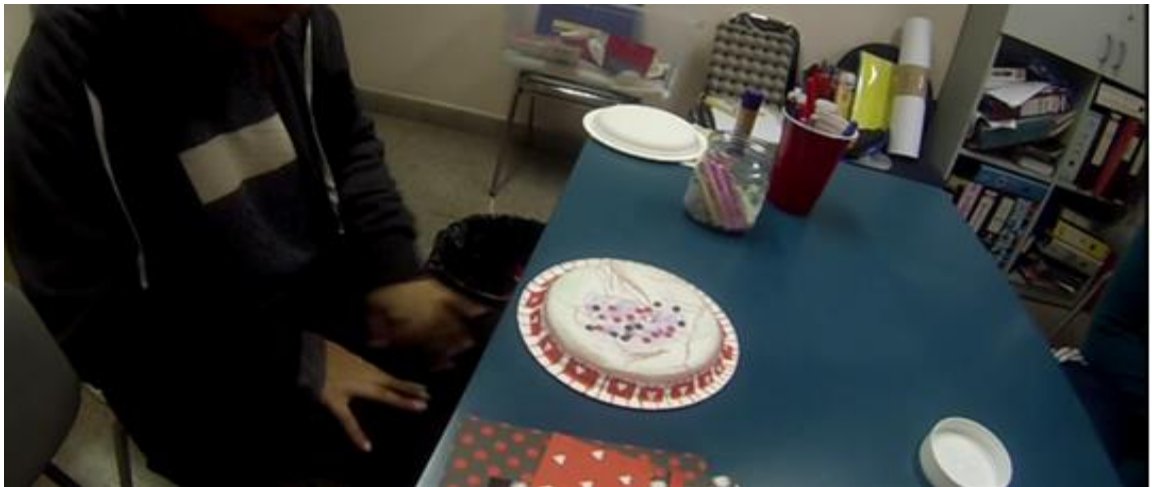
5.3 INDEFINICION/DIFUSION DE IDENTIDAD

Al inicio de la primera sesión la terapeuta nota cierta tensión e incomodidad por parte de la paciente, quien constantemente se muestra titubeante ante el trabajo terapéutico, es por ello que le dice a Camila “Si tú quieres puedes trabajar, puedes hablar entre medio como también puedes trabajar en silencio” se produce entonces un silencio que Camila interrumpe “Es que me incómoda el silencio, pero tampoco sé de qué hablar”. Estos son los primeros indicios de la ambigüedad que se verá manifiesta durante todas las sesiones posteriores.

Es así como durante la segunda sesión mientras trabaja recortando corazones de una hoja de papel lustre con figuras, refiere que le cuesta mucho decidir “Sí, si hay más de una opción sí, porque soy muy indecisa y me da miedo tomar la decisión incorrecta” “Por si después me arrepiento”, “por ejemplo si hay un helado de, de café con leche y otro de lúcuma manjar ahí no me podría decidir, me gustan los dos” “Me gustaría comprarme los dos” “Y me da miedo comprar el de café con leche porque quizás no me guste tanto y después cuando me lo esté comiendo quiera comerme el de lúcuma

manjar” “y estoy pensando que debí haberme comido el de lúcuma manjar” ,“después que lo compro me arrepiento, y después cuando ya voy en la mitad se me olvida” “Pero cuando termino de comérmelo me acuerdo otra vez”.

Esta indecisión se vuelve a mostrar en esta segunda sesión cuando al terminar la obra comenta que parece una torta “No sé, puede ser como de



frutilla por lo rojo, frutillas con crema, ¡hay que rico!” refiere “Pero no la veo en un cumpleaños”, refiere que no le gustan los cumpleaños, sin embargo al rato después comenta “Mmmm, no, o sea sí, igual sí, es que cuando chica era muy envidiosa” “Entonces no disfrutaba muchos mis cumpleaños” la terapeuta refuerza “Porque querías algo más, algo distinto”, Camila asiente, “Como el helado de café con el de manjar”, “Sí” responde Camila. La terapeuta la ayuda a reflexionar “Quizás tienes que tratar de disfrutar un poco más lo que estás haciendo en el momento” a lo que Camila responde “Me cuesta”.

Acompañando estos sentimientos de inseguridad en la toma de decisiones de la vida cotidiana que dificultan su conexión con el presente y el disfrute, están las dificultades en el manejo del estrés emocional. Durante la primera sesión, Camila se refiere al estrés que le produce el colegio mientras pinta con témpera, y la terapeuta le pregunta “Y esto que te ha tenido muy estresada, ¿te ha llevado en algunos momentos a hacerte cortes?” Camila responde que no. La terapeuta refuerza la idea señalando “No, o

sea has podido manejarlo” a lo que Camila da como respuesta “No, o sea que no me he hecho cortes, pero....., hay un silencio,”o sea daño así físico no, pero como estoy estresada volví a estar así como a principio de año”. Continúa pintando al mismo ritmo, con poca pintura en el pincel, esparciéndola por bastante rato, y termina la frase después de un momento.... “hacer mal a los demás”. La terapeuta intenta comprender y le pregunta “¿Qué es hacer mal a los demás?” Camila responde mientras mantiene aún la vista en la pintura “En tratarlos mal, soy muy hiriente y soy muy impulsiva, entonces yo llego y lanzo....de mis compañeros, cualquiera que me hable y los trato mal..... y se nota así en su actitud que les dolió”. La terapeuta interviene “Y tú cuando te pasa eso y le haces daño a los demás, después ¿en qué momento tienes la sensación de que la embarraste?” a lo cual Camila responde “Cuando cambian o cuando yo siento que cambiaron, como llegaron todos felices a contarme algo o ni siquiera felices, pero como que se les notaba esa chispa de emoción y yo les respondo mal o les digo algo feo, que como que su estado de ánimo baja y ahí me doy cuenta que la embarré” En ese momento muestra atisbos de empatía, sin embargo continúa “Si la embarré mucho y si la persona me importa, siempre le voy a pedir disculpas, porque yo cuando sé que la embarro, lo admito y voy a pedir disculpas, pero si es alguien que no me importa tanto lo dejo pasar”

Camila logra reconocer un estado emocional alterado, disfórico, sin embargo, le es difícil poder identificar la emoción que lo produce y con ello canalizarla de una forma más sana y lograr regularse. Dice “Sí sé que soy mala persona por eso, debería controlarme, o desquitarme de otra manera, y no puedo, intento dibujar o leer, lo que me dicen, mantenerme ocupada y no me sirve de nada”

La gran dificultad de contener esta emoción es la que probablemente la lleva a las conductas autolesivas, por lo cual la terapeuta le pregunta “O sea en el fondo te cortabas ¿por qué?, ¿en qué momento?” Camila responde “Cuando ya no daba más”. La terapeuta intenta comprender “Cuando estabas, ya no dabas más de la pena, de la rabia, o no logras como identificar el sentimiento cuando está, como que se mezcla mucho” Camila refiere “Sí, se mezcla mucho... lo acumulaba...” La terapeuta insiste “Lo

acumulabas con pequeñas cosas cada vez, o sea como que ibas acumulando enojos-enojos-enojos-enojos, ¿así?” Camila responde “O si no penas” La terapeuta aclara “Perfecto, además de penas y enojos había algún otro sentimiento que se acumulara” Camila refiere “Mmm”pasan algunos segundos..... “yo creo que lástima”. En el dibujo ha marcado primero los bordes internos del interior de la figura de su obra, ahora hace una línea vertical al medio. La terapeuta intenta reafirmar “Tú te cortabas entonces para aliviarte...” Camila le dice “Sí, como no me podía expresar...”



En ese momento Camila comienza a pintar con témpera de color rojo desde el interior de su dibujo hacia afuera, tiñendo todo el resto de la hoja que aún permanece en blanco.

La terapeuta intenta explorar “Pero después, ¿en qué momento empezabas a sentir como culpa?”, hay silencio de varios segundos, la niña mira hacia abajo y se pellizca los dedos respondiendo “Cuando veía que no solucionaba nada o cuando veía que no se me aliviaba la pena” “y seguía llorando y llorando y llorando, entonces ahí ya me sentía patética y no le había encontrado un significado porque me había cortado, pero no siempre era así” “A veces se me pasaba la pena....creo que eso al final se me fue de las manos, como que en un momento se me volvió costumbre y llegaba y lo hacía”



Se muestra entonces cómo Camila deposita la tensión a través del maltrato o la autolesión, situación que claramente no puede controlar y que más tarde le causa culpa, provoca distancia del otro y con ello mayor tensión posterior; completando un círculo del que rara vez logra salir.

Así mismo aparece la disforia y la interferencia emocional durante el análisis final de la obra de la segunda sesión de Camila, ella dice “Y acá como que se iba a formar algo” “pero los puntitos lo estorban” “Mm, no sé, como que interfieren”, la terapeuta la ayuda “Ya, ¿pueden ser como los enojos?”, a lo que Camila responde “No sé” “Me refiero a que interfieren con la figura” “No los puedo ver bien”, la terapeuta interviene “Por eso los relacioné con los enojos, porque siento que cuando tú a veces te enojas no puedes ver bien y vamos de vuelta a las nubes o cosa rara” “marea roja, no sé cómo le vamos a llamar, tenemos que ponerle un nombre”. Camila dice “Se va a llamar el multifacético” “Porque tiene muchas cosas” “distintas, no se puede definir” “Sí, siempre va cambiando”... y la terapeuta finaliza “Pero no te deja ver”, a lo que la paciente responde afirmativamente.

Es desde esta sesión que la nube de sensaciones disfóricas toma nombre para Camila y se hace llamar el multifacético, esa sensación que la interfiere, que no la deja ver y que la empuja finalmente al maltrato y a la autolesión.

Por su parte, con ayuda de la terapeuta durante la primera sesión, Camila identifica el momento en que cree este tipo de conductas autodestructivas y maltratantes comienzan a parecer “Fue con los tres hijos de mi hermana, que desde que nacieron mi mamá...como mi hermana los tuvo cuando muy joven.. entonces necesitaba mucha ayuda y mucho cuidado de mi mamá” al decir lo último establece contacto visual con la terapeuta “y mi mamá se despreocupó de mí, y ahí empecé a cambiar, eso influyó en yo cambie mucho, porque yo era mucho más que mi hermana” “entonces yo la necesitaba mucho más porque recién estaba en el proceso de crecimiento y todo” “Sí, que mi mamá



siempre me malcrió, como nunca en realidad pudo estar tanto tiempo conmigo, porque siempre tenía que trabajar y no tenía el apoyo de mi papá, entonces intentaba, cuando estaba conmigo, darme el gusto en todo y ahí yo me volví muy regalona y después cuando las cosas cambiaron ya no tenía

tanto su atención, entonces eso me marcó” La terapeuta refleja “Te sentiste muy sola” a lo cual Camila responde “No sé si sola, pero, sola-sola no porque igual tenía apoyo de otras personas” “De mis amigos”, amigos lo dice haciendo un gesto de entre comillas, “que para mí eran como apoyo, pero me sentía excluida” Nuevamente aparece la ambigüedad en el relato; los amigos como búsqueda de apoyo, con los cuales a su vez se sienta excluida y que claramente no son suficientes frente a la sensación de abandono materno y a la necesidad extrema de contención emocional que posee Camila.

La terapeuta le pregunta “¿Se lo pudiste decir en algún momento?” a lo cual Camila responde “No, era muy chica y no encontraba las palabras para decírselo” mientras va dibujando y pintando círculos a la derecha e izquierda de la obra, sin un patrón definido, uno de un lado, dos del otro “Y ahora ya no se las voy a decir porque ya no soy de esas personas que le dicen ese tipo de cosas a su mamá” “Cosas que tengan sentimiento”.... “Ahí empecé a tratar mal a mi mamá” “Pero aún sigo enojada, llevo

muchos años que estoy enojada” Esta sensación de abandono le hace sentir lo que ella describe como enojo, que pareciera ser la emoción que domina el mundo interno de la paciente y que tiñe todas las esferas del ánimo. Dice “Que no me gusta demostrar como estoy, o sea si algo me afecta no me gusta que los demás se den cuenta, pero cuando algo me enoja no lo puedo evitar”. Y este mismo enojo es el que canaliza a través del maltrato, que en un inicio es hacia la madre y que posteriormente se proyecta en todas las relaciones interpersonales y en los terapeutas.

“Es que si estoy bien, soy como antes, y no quiero ser como antes, porque me vuelvo súper latera” “Mmm, así como súper patera y todo rosa, súper feliz y como que de cierta manera me pongo ciega y dejo pasar muchas cosas” “Sí, porque se aprovechan de eso” continúa pintando mientras habla “y ya me canse de que se aprovecharan” “Amigos, gente que conocí, familiares y ahora cualquier tipo de persona” La terapeuta afirma “Entonces prefieres mantenerte como distante” y Camila refiere “Sí, aunque igual sea como doloroso seguir así, prefiero esto” Nuevamente la terapeuta abre una reflexión a la salida “¿Y por qué no puede haber un intermedio?” a lo cual ella responde “No me gustan los intermedios” “una vez intente ser como intermedia, pero no funcionó” “No estar todo el día enojada, intentar estar feliz, pero si algo malo pasaba...., pero no, siempre tiro para alguno de los dos lados”

Continúa “Es que ya no se puede resolver” “Porque los chiquillos están creciendo y mi mamá va a seguir ahí, además yo ahora no necesito a mi mamá como la necesitaba antes, o sea la necesito para cosas así para que me acompañe acá, para que me compre cuestiones, pero no así como el papel de mamá-mamá como necesitaba cuando era más pequeña, entonces ya no me interesa tanto resolverlo” La terapeuta intenta buscar alguna salida y le plantea “¿Y qué es lo que tú crees que necesitas?” a o cual Camila responde “Para sentirme bien necesito una relación, aunque a mi mamá no le guste que diga eso, pero yo siento que la necesito”

Camila intenta sostener la carencia afectiva a través de otro, idealizando el contexto de una relación de pareja, un vínculo que desea tener pero del cual desconfía.

Una relación de pareja que no llenará el vacío emocional que siente, inundándola de ira y frustración, que una vez más depositará en el otro, quien terminará alejándose de ella, reafirmando la idea de sí misma como una mala persona que aleja a los demás. Completando el círculo del fracaso emocional y llenándola de desesperanza.



Durante el análisis final de la primera sesión refiere: “esa forma”, señala con el dedo las líneas curvas con que inició el dibujo, “fue porque vi una película y había una escultura de dos piedras, me acordé de una de las piedras” “me gustó el significado que le dio la protagonista” “Que eran dos seres que se estaban apoyando y que si uno se caía el otro también se iba a caer, que era como soporte” , junta los lados de las manos, “eso me gustó” La



terapeuta pregunta “¿Tú sientes eso en algún momento de tu vida?”, hay silencio, Camila contesta “No, no siento soporte” y “¿te gustaría tenerlo?” pregunta la terapeuta, a lo que Camila responde “No, porque me volvería muy dependiente de la otra persona”, la terapeuta intenta comprender y refiere “Y te da susto”, hay un largo silencio.....“Sí” contesta Camila.



Debido a que Camila refiere que la escultura sólo involucraba las dos líneas laterales con las que comienza el dibujo, la terapeuta pregunta porque aparece la línea azul central, a lo que Camila responde “Porque estaba pensando en una imagen...hice la línea y después cuando la vi dije “se parece a una vagina”...“lo encontraba así como de una mujer y que me gustaría estar con una mujer”.

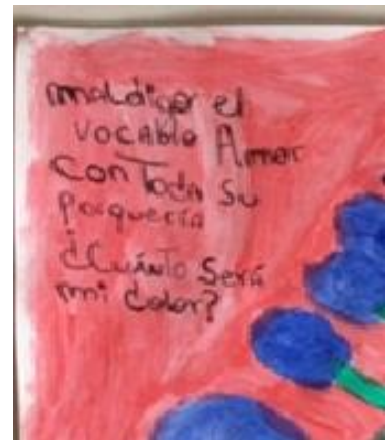
De esta manera Camila manifiesta su orientación sexual.

Así mismo, ejemplifica “Inclusive ayer pelee con mi mejor”, dice esta palabra haciendo el signo entre comillas, “amiga, por decirlo así, aunque no creo en esas cuestiones” “Porque no, es muy bobo decirle a alguien mejor amiga o mejor amigo” “Porque no creo que sea tan así, yo no la encuentro mi mejor amiga” “Porque ya sé cómo es su persona y sé cómo actúa y es súper mala y es súper hipócrita, no es mi mejor amiga y tampoco me apoya siempre, en muchas ocasiones le pedí ayuda y era súper desinteresada” “y como que yo tampoco siento así que sea mi mejor amiga” La terapeuta intenta comprender y le pregunta “¿Y por qué sigues juntándote con ella?” a lo cual Camila responde “Por el cariño que le tengo, porque igual son años que nos conocemos, yo creo que es por eso, pero varias veces nos hemos distanciado” Se devela de esta forma la ambigüedad de los vínculos que establece, presentándose aquellos más

cercanos como la “mejor amiga” como un vínculo que es “hipócrita” e impredecible, que en ocasiones la acompaña y que en otras no, en el cual ella desconfía y que además devalúa.

Casi cerrando la primera sesión la terapeuta le pregunta “¿Qué sensación te da tu dibujo?” a lo que contesta “Que no está terminado”, la investigadora continúa “¿Y qué le faltaría para terminar?”, “Una frase” contesta Camila, “Quiero poner la frase” “pero lo quería pintar, pero si lo pinto no le voy a poder poner la frase, porque no se va a secar, entonces prefiero dejarlo así”. La terapeuta le da algunas sugerencias de como terminar y poner su frase y finalmente saca del vaso plástico un lápiz pasta negro y se apronta a escribir en la parte superior diciendo “No, pintarlo rojo o naranja, no sé los colores.....Ahora sí”

La terapeuta le pregunta “¿Y la frase tiene que ver con algo tuyo?, ¿es de alguna parte?” a lo cual Camila responde “Es una canción” “Maldigo desde lo alto de Violeta Parra” “Es que la he estado escuchando toda esta semana”, la terapeuta interviene “¿Y qué fue lo que a ti te atrajo de la frase?”, hay un silencio que



Camila interrumpe “Que insulta al amor” “eso me llama la atención, me llama la atención la canción también, porque la nombró un poeta, dijo que era la canción más linda y más poderosa del mundo así” “entonces me llamó la atención y la busqué” “y me encantó y aparte la frase estaba como en el fondo de la canción, entonces eso como que igual inconscientemente se me quedó”

“ Y la sensación que te viene al mirar este dibujo es como de angustia, de pena, de rabia, de muchas cosas mezcladas, de alegría, de amor” y Camila contesta “Puede ser amor y de pena, puede ser ambivalencia”, la terapeuta interviene “Puede ser difícil el intermedio, para ti es difícil el intermedio” y Camila concluye “Sí”....en voz baja... “terrible”

Es como que Camila necesitara en extremo contención y amparo, que sin embargo le provocan incomodidad y temor, por lo cual las rechaza. Y no sólo contención y amparo en lo afectivo, su propia indefinición y poca claridad hacen difícil la tarea de la terapeuta de poder comprender su mundo interno y con ello ayudarla a clarificar su propia subjetividad. Requiere de la constante organización mental externa de la terapeuta, quien con mucha delicadeza intenta leer y descifrar lo que Camila está intentando expresar. Esto se ejemplifica cuando la terapeuta intenta ayudarla a reflexionar un poco más sobre la obra, dándole algunas sugerencias de significado al resto de la creación, sin embargo Camila le comenta al final “Es que yo no le encontré ningún sentido, pero me gustaría que tuviera ese sentido en vez de que no tuviera ningún sentido”



A la tercera sesión Camila llega muy enojada, refiere explícitamente no querer trabajar con materiales en ese momento, “Quizás un rato más” dice. Refiere que su semana ha estado mal en relación a las amigas, que siguiendo un consejo de la terapeuta ha sido honesta con ellas y se ha quedado sola. Se percibe muy molesta “Ahora estoy

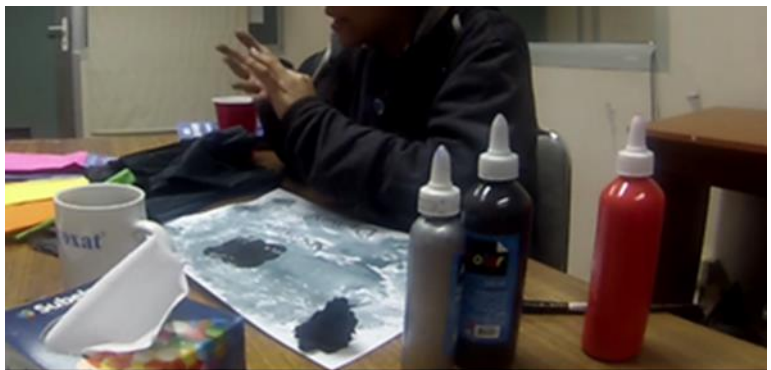
sola” dice “O sea yo ya, estaba pensando estar sola, pero no sola como estoy ahora, sino sola así como uno que otro recreo dejármelo para mí y disfrutar eso, pero estoy sola sola” y alterna la mirada entre la investigadora y algún otro punto. “Hubieron atados con personas y enredos y es como conexiones” “y me enojo con una persona” “y la otra persona como es su amiga” “no puedo estar con esta persona” “y eso, entonces por eso me quedé sin mis amigas”. La terapeuta intenta entender “¿Te enojaste con una de las amigas?” le dice, a lo que Camila responde mirándola fijamente a los ojos “O sea sí, y ese es un grupo y el otro grupo es porque la niña que yo le gustaba pasó algo entre nosotras y después yo le dije que mejor, que usted me dijo” no deja de mirar a la terapeuta “le hablé de eso y que mejor nos distanciáramos y ahí quedó la embarrada y de ahí que ella ni sus amigas me pescan, me quedé sola” la terapeuta agrega ¿ Y cómo te sentiste al ser como más honesta con ella?”, “Culpable” responde Camila, se toma un mechón de la parte de la nuca con ambas manos y lo mira. “Me sentí mal” “O sea porque al principio dije ya, pero si igual yo hice lo que pensé que iba a ser correcto, pero después hasta el día de hoy me he sentido súper mal”. La terapeuta entonces decide transparentar la situación: ¿Te enojaste?, ¿te enojaste conmigo por ejemplo”, Camila niega con la cabeza, “¿No?, no pensaste así como “¡pa que me dijo esta cuestión y no sé qué””, la niña niega y sonríe, “¿no?, la terapeuta insiste “si eso puede pasar, no es una cosa terrible”, la niña ríe y se quedan en silencio. Camila mira a la cara a la terapeuta quien agrega “pero no sé qué hubiese sido mejor, si como seguir la relación y estar haciendo como que está todo bien, cuando uno tiene la sensación de que no quiere estar” “y quizás maltratar al otro”, hay un silencio que Camila interrumpe “Pero ahora me maltrató a mí” “cuando se fue todo a la punta del cerro dijeron que detestaban mi bipolaridad y todo eso” “Sí, que inclusive estaría bien creo si fuera un día contenta y al otro día enojada, pero a mí me da así como 15 minutos bien, 15 minutos mal, o 15 minutos mal y todo el día bien y así” mira a la terapeuta mientras habla, “Entonces eso igual les chorea a ellas”, la terapeuta interviene “Y a ti, ¿te complica eso?, ¿te molesta?”, Camila responde “Sí, porque no me puedo relacionar bien con las personas”

En el momento en que la terapeuta transparenta la situación con Camila, ella comienza a explorar los materiales escogiendo papel crepé negro que la terapeuta le invita a mojar con agua para realizar manchas en su hoja de block.



Refiere desde hace un tiempo estar escuchando a un grupo musical chino, “Son una fuente de apoyo” “y mi mamá no lo ve”, “no se da cuenta y no ve que es importante”, la niña sube el tono de voz al decir todo esto y habla con más énfasis, toma una botella de pintura negra que había dejado a su derecha y la deja con firmeza a su izquierda.

Una vez terminada la obra, la terapeuta la invita a reflexionar sobre ella, a lo cual Camila responde “Es sobre mis chinos” “Eso, eso no más tengo que decir”, se cruza de brazos, la terapeuta



ríe. Camila continúa “Primero sacaron un álbum sobre la juventud, lo lindo que era y ahora sobre, eh, la parte mala, de eso se trata el libro también”, “Sí, yo creo que eso, la parte buena, tener tiempo también porque los adultos ya no tienen tiempo y no pueden improvisar tanto”, la terapeuta interviene “ya, esa es como la parte buena, ¿y la parte mala?”, Camila responde “Los problemas que tienen, la rebeldía, la incomprensión que

sienten y todas esas cosas” : “O sea no rebeldía, pero es que yo”dice algunas cosas como hablándose a sí misma.. “no sé cómo explicarme” “Es que no sé cuál es la parte oscura de, no sé cómo decirle cuál es la parte oscura de la juventud” “pero ellos lo quieren expresar”, la terapeuta pregunta entonces “Y para ti ¿cuál es la parte oscura?, de la juventud” Camila se queda en silencio mirando hacia adelante “el sentirse solo o sentirse aislado” hay silencio. La terapeuta la confronta: “Pero tú reconoces también que en ese aislamiento hay, hay como hartos de, hay como hartas cosas que en fondo a ti te cuesta manejar que también aportan a ese aislamiento”, hay silencio, Camila mira hacia la derecha unos segundos, luego se voltea hacia la investigadora y dice “Sí” en tono bajo, “pero estamos hablando de mis chinos”, “No quiero hablar de mí”

Camila se ve en la necesidad de probar el vínculo con la terapeuta, quien a su vez intenta hacerla reflexionar sobre la responsabilidad que ella tiene en su propia soledad. Como es que las emociones mezcladas que siente y que cambian constantemente, “el multifacético”, hacen que ella maltrate y aparte a quienes quieren acercarse. Sin embargo esta primera confrontación por parte de la terapeuta es rechazada por Camila.

Hay un largo silencio, y Camila mira hacia abajo pasando un pincel por la obra y



comienza a hablar sobre su terapeuta anterior “Como muy indiferente, muy falsa y eso es lo que no me gusta de los psiquiatras, por eso yo no había querido venir y por eso me había escondido” “No, pero con usted

abro la voz, porque usted es piola” “Usted es pulenta” la terapeuta interviene “¿Eso qué significa para ti?” Camila responde “Quizás no sea verdad, pero da a entender que tiene interés por lo que le estoy hablando”, pasa el pincel por la marca negra y luego lo va presionando en la parte inferior de esta marca negra. La terapeuta pregunta “¿Y por qué

podrías creer tú que no es verdad?”, a lo cual Camila responde “Porque en la mayoría de las ocasiones no es verdad, aparte tiene más pacientes”, pinta con el pincel sobre la marca negra y esta empieza a difuminarse, “podría ser así con todos” “No siento que usted me quiera, sólo siento que usted demuestra interés por lo que le estoy contando y no quiero que se vaya ese interés porque me llamó la atención que se interese” “Es interesante que se interese”, la mira, la investigadora ríe y argumenta “Ya, y cuando uno tiene interés en las personas, eh, ¿no hay afecto ahí?”, Camila exclama “No sé. ¡Mire!, está azul, es lindo”, refiriéndose a la obra.



Una vez más Camila prueba el vínculo con la terapeuta, mientras interviene su obra que poco a poco se va tornando de un color más oscuro a un tono más azul. Pareciera que el tono más azulado va apareciendo mientras la terapeuta va reforzando la importancia del vínculo entre ambas.

La terapeuta refuerza la idea “O sea tú sientes cuando la mamá no se interesa en lo que tú dices, tampoco tiene afecto por ti”, a lo cual Camila argumenta “No, eso no porque es mi mamá y sé que las mamás siempre van a querer a sus hijos, así que aunque



no me preste atención igual sé que me quiere” “Pero es distinto cuando es una persona desconocida, por ejemplo yo le puedo demostrar

interés a una persona, pero puede ser por curiosidad”, la terapeuta intenta comprender

“Sí, ¿y cuándo se transforma en afecto?”, Camila responde “Cuando esa persona me importa” y sigue pintando mirando hacia abajo. La terapeuta continua “o sea yo cuando digo que te quiero, quiero decir que sí me importa lo que te pasa y que sí siento afecto por ti”, Camila insiste “Pero eso suena como una cuestión médica, así” “como chamullo”, la terapeuta ríe. Camila continúa “Pero yo creí que no estaba bien que los médicos se vincularan así con sus pacientes”, silencio, ella sigue pintando mirando hacia abajo, “Que es lo mismo como si alguien se vinculara así con una persona en el trabajo, no la ayudaría a centrarse, a hacer bien su trabajo”, silencio, la terapeuta interviene “¡ah! ya entiendo lo que me estás diciendo, el vincularse con alguien significa que uno también puede poner límites, o sea no solamente es, el vínculo no sólo tiene que ver con que el otro haga lo que quiera con uno” “ya no está tan oscuro”, refiriéndose a la obra de Camila, quien dice “No, quedó celeste, azul, no sé”

La niña abre la ténpera roja y voltea un poco sobre la obra mientras la terapeuta habla “en algún momento tú me contabas que cuando eras chiquita como que (la mamá) te quería mucho-mucho-mucho y te consentía mucho-mucho-mucho y de repente como que eso cambió”, Camila coloca ténpera roja como



haciendo una línea, Camila asiente, “Entonces yo creo que ahí viene de nuevo el tema como del intermedio, de que cuesta hartito eso, entonces quizás tú sientes que porque tengo un vínculo contigo te voy a permitir todo y no te voy a ayudar”, Camila responde “Quizás” mientras escribe con la ténpera roja sobre la obra la palabra “**Forever Young**”.



La terapeuta refuerza “Pero eso no es así, porque cuando yo siento que hay algo que a mí me complique, o me moleste, o me parezca difícil de manejar voy a ser súper honesta contigo y te lo voy a decir con mucha claridad, pero con cariño, realmente no te voy a decir así algo, alguna pesadez o me voy a aguantar, sino que voy a tratar de ir soltando como de a poquitito”¡Oh!, fue cambiando mucho tu trabajo”, Camila dice “Sí”, “quedó con mucha pintura” y toma el pincel y empieza a hacer movimientos horizontales rápidos sobre la escritura que hizo.

La terapeuta intenta resignificar los vínculos con Camila.



“¿Qué le pasó ahora a tu dibujo?”, pregunta la terapeuta, “No sé, se fue a la”, dice Camila y ambas se quedan en silencio.



La terapeuta le pregunta “¿Te complica como la calma?, cuando te sientes como tranquila o contenta ¿te sientes rara? o ¿te complica?, ¿te sientes incómoda?”, Camila contesta “A veces, pero pocas veces, porque ya me empiezo a preocupar y hago especulaciones, no lo logro disfrutar” “Pero no siempre me pasa”. La terapeuta argumenta “Mm. Te lo pregunté porque hubo un momento en que tu dibujo estaba como muy, como un poco como azul, celeste, como tranquilo”, hay un silencio que Camila interrumpe “Necesitaba más color”, pasa el pincel sobre la obra en distintos lugares, continúa “quizás no soy de esas personas que pueden estar tan tranquilas, quizás necesite adrenalina”. La terapeuta interviene “Bueno, sí, pero ahí es donde hay que buscar una manera sana donde depositarla y no en las peleas con las amigas o en las peleas con la mamá”, “¿A ti qué te parece?, ¿te parece cómo?, es súper mezclado tu dibujo, ha pasado por todos los estados anímicos” , ambas ríen, tras lo qua Camila agrega “Es la nube multifacética”, la terapeuta interviene “sí, pero ahora tiene mezcla de color, ya no tiene un solo color” y Camila deja el pincel sobre la obra, diciendo “Se ve como marrón”, “No me gusta el marrón”, la terapeuta reflexiona “¿No?, pero está más neutra, quizás, no está tan intensa” y Camila argumenta “Sí, esta fome”, arrugando la nariz.

5.4 Menosprecio

El estilo terapéutico utilizado desde la primera sesión fue “no directivo”, como una forma de dejar a Camila una oportunidad de exploración de los materiales y sensación de control sobre ellos, considerando la etapa evolutiva de la paciente y sus dificultades vinculares hacia los terapeutas expresadas por ella y la madre durante la primera entrevista clínica.

La investigadora le dice que hay muchos materiales, que puede hurguetearlos, tocarlos, sacarlos, le dice que es bueno tocar, que así uno siente las cosas más cerca. La niña se pone en cuclillas y observa algo. La investigadora le sigue mostrando imágenes, monitos, telas, le recuerda que hoy harán algo totalmente libre.” Sin embrago frente a esta intervención Camila argumenta “Es que no soy buena para pintar” y arruga la nariz, gesto que se repetirá en sesiones posteriores y que se presenta principalmente cuando se siente incómoda. Frente a ello la terapeuta debe insistir con mucha delicadeza, acompañar y contener, logrando finalmente que Camila comience a trabajar.

Mientras se mantiene pintando con témpera refiere “ Antes era alegre, ahora soy súper amarga” “Que de verdad soy, soy amarga, soy resentida, soy rencorosa, soy como una vieja, no le agrada eso a muchas personas, pero como que siguen juntándose conmigo” Frente a ello la investigadora invita a la paciente a reflexionar e intentar mirar una luz de esperanza “Quizás creen en ti”, a lo cual Camila responde “Pero yo les he dejado claro que no voy a cambiar”, mostrando una resistencia al cambio que se va desdibujando a lo largo del proceso de terapia.

Es así como en esta primera sesión Camila aprieta la botella de témpera en el mezclador varias veces, pero no sale, la terapeuta le pregunta si la ayuda y ella acepta, y le pasa la botella diciendo “Siempre la embarro, así que”. La terapeuta abre la botella y se da cuenta que tiene un protector puesto en la tapa, se para y va a buscar algo para sacarlo, la niña sonríe y la mira. Entonces la terapeuta le dice “Por eso no sale, así que esto no tiene que ver contigo”, la niña sonríe. Es así como desde la primera sesión Camila requiere de apoyo afectivo permanente por parte de la terapeuta para explorar los materiales, comenzar y continuar el trabajo arte terapéutico, que no est  exento de autocr ticas y devaluaciones.

Camila refiere “Lástima por mí misma, como que siempre me he tenido lástima y me auto compadecía” “Pero es que yo en ese entonces sentía como que me merecía puras cuestiones malas” “Por como yo era, por como yo actuaba, no le achuntaba nunca” “Sí, y pensaba puras leseras, y como que siempre me digo o me he dicho, así “todo esto

me pasa a mí no más”, aunque igual varias veces me doy cuenta que a varias personas más les sucede lo mismo, pero no, yo siempre pienso en mí” todo este rato ha estado con el pincel marcando la línea central, lo hace dando pequeños golpes sobre ella.

Así mismo este sentimiento se transmite hacia la obra, refiriendo la paciente “No le he buscado un significado o sentido mientras lo he estado pintando, pero quizás cuando termine de pintarlo lo empiece a buscar” “pero quizás no sea lo que yo espero” “Es deprimente” “Que no sea como uno espera” “Soy muy negativa” y continúa pintando en silencio por varios segundos. La terapeuta le pregunta “¿Y qué sensación te dió tu dibujo?, silencio, Camila responde “No sé”.....cualquier estupidez”

Y se repite al terminar la obra en la segunda sesión, donde tras un comentario agradable de la terapeuta ella inmediatamente refiere “No me gustó” “No quedó tan no sé, está parte,” indica la parte superior de la obra, “no se nota tanto”

5.5 Recursos personales

Durante la primera sesión al abrir la tempera blanca y querer usarla sale aceite desde la botella, la terapeuta interviene “Yo creo que tienes que batir un poco eso, ya que a veces se divide el aceite y la témpera, viste que tienen un aceite” Camila se sorprende “¿Tienen aceite?, “no sabía” y sonríe.



Una vez que comienza a trabajar con los materiales, muestra curiosidad e interés hacia ellos. Es así como en la segunda sesión trabaja más en silencio y observándose más cómoda. Sobre un plato blanco de plumavit de cumpleaños de 20 cm, recorta con bastante cuidado y en forma muy minuciosa los diseños

de un papel lustre, “Pero eres súper prolija, a mí me llama la atención eso” le dice la terapeuta mientras pega un diseño recortado del papel lustre en el borde del plato, a lo cual Camila refiere “Primera persona que nota eso” y sonríe.

La paciente toma el pegamento y lo tapa dejándolo a su izquierda, luego con una tiza de color rosado comienza a pintar en el borde, ambas permanecen en silencio, comienza a realizar trazos más largos hacia la parte de arriba del plato, sigue pintando el borde, pasa el dedo sobre lo pintado como difuminando y vuelve a hacer trazos más largos hacia la parte de arriba. Cuando ya ha trabajado casi la mitad de la obra durante tres minutos se detiene, toma el frasco y saca una tiza verde, la deja sobre su regazo y vuelve a trabajar con la tiza rosada, comienza a pintar los espacios entre los diseños. Ambas se mantienen en silencio. La terapeuta interviene “Ahora me da la sensación que igual disfrutas este espacio”.. silencio...“Sí, podría ser” responde Camila con la vista hacia abajo. “Sí, a veces si te veo como que estás como estancada en algo y pones esas caritas que pones a veces, así como que arrugas la nariz”, la niña la mira y sonríe, “como que no te está gustando lo que está apareciendo, pero siento que después igual lo resuelves y terminas haciendo algo que, que, que te gusta”... Camila comenta “Se le puede buscar solución” “Esto no es algo existencial”, entonces la terapeuta le comenta “Sí, pero quizás se puede extrapolar a las cosas existenciales, de a poquitito”, Camila asiente.

Durante esta segunda sesión Camila se muestra más dispuesta a trabajar, escoge materiales diferentes, se ve menos interferida emocionalmente, lo cual permite que se muestren con mayor claridad sus recursos propios.

VI. Discusiones Finales.

El proceso de investigación aquí expuesto permitió explorar y comprender algunos aspectos de las vivencias emocionales de Camila, una adolescente de 15 años con conducta suicida, desde una mirada fenomenológica en el contexto de un trabajo arte terapéutico. Develando la importancia del Arte Terapia en el reconocimiento y comprensión de la conducta suicida en su amplio espectro, como una guía para llegar a simbolizar de la mano del arte terapeuta y ayudar a mentalizar e integrar las representaciones y los afectos que la acompañan, reduciendo así los actos inconscientes de autodaño.

Debido a que la conducta suicida es un fenómeno complejo y multicausal, que tiene un carácter global y trata de comprenderse desde las creencias, valores y reflexiones individuales, es que se utilizó una mirada comprensiva que nos acercó al núcleo del conflicto, sumergiéndonos en la subjetividad de la paciente. Sintiendo desde la interacción terapeuta- sujeto, un contacto directo y cercano.

Es así como se intentó responder a la pregunta de investigación *¿Cómo una experiencia arte terapéutica, puede facilitar el reconocimiento y la comprensión de la conducta suicida en una adolescente?*.

El análisis de los registros videados, muestra a Camila como una adolescente de 15 años que si bien desconfía de los vínculos, logra develar aspectos de sí misma que se encuentran escondidos en su mundo interno. En un ambiente contenido, seguro y agradable, con el apoyo de los materiales, la obra y la terapeuta; Camila logró expresar con grandes dificultades fragmentos de su subjetividad a través del proceso creativo y la verbalización. Los cuales se fueron armando como un pequeño rompecabezas que comenzó a dar sentido a sus vivencias.

Es así como refiere durante el análisis de su primera obra: “Es que yo no le encontré ningún sentido, pero me gustaría que tuviera ese sentido en vez de que no tuviera ningún sentido”. Este sentido perdido de Camila es el que se devela durante la mayoría de las sesiones, donde se muestra permanentemente las enormes dificultades que tiene la paciente para dar claridad a sus propias vivencias personales, interferida por conflictos importantes en la construcción del vínculo primario y por lo tanto en la construcción de sí misma. Dando origen a la categoría central, la de difusión de identidad, que se acompaña de indefinición y falta de claridad, dificultad en el reconocimiento y control de las emociones (Autolesiones) y desconfianza en lo vincular.

Menciona Egberg (2013), que la forma en que las personas crean y construyen una narrativa en función de la creación nos puede dar una idea de la forma en que construyen su propia identidad y proyectan sus deseos más inconscientes.

Es así como Camila a través del proceso creativo y la narrativa que le acompaña da muestras claras de contradicciones que son difíciles de integrar a pesar de la ayuda de la terapeuta, quien intenta comprender a la paciente como un todo, tarea que se hace tremendamente difícil. Esta difusión de identidad se representa como una dificultad en la integración de los aspectos del sí mismo y de los otros significantes, lo cual genera la sensación de vacío crónico, con percepciones pobres sobre los demás y autopercepciones y conductas contradictorias acerca de sí mismo. La paciente se observa entonces incapaz de transmitir al terapeuta interacciones significativas con otras personas, incluso con el propio entrevistador. (Kernberg, 1987).

Camila ejemplifica “Inclusive ayer pelee con mi mejor”, dice esta palabra haciendo el signo entre comillas, “amiga, por decirlo así, aunque no creo en esas cuestiones” “Porque no, es muy bobo decirle a alguien mejor amiga o mejor amigo” “Porque no creo que sea tan así, yo no la encuentro mi mejor amiga” “Porque ya sé cómo es su persona y sé cómo actúa y es súper mala y es súper hipócrita, no es mi mejor amiga y tampoco me apoya siempre, en muchas ocasiones le pedí ayuda y era súper

desinteresada” “y como que yo tampoco siento así que sea mi mejor amiga” La terapeuta intenta comprender y le pregunta “¿Y por qué sigues juntándote con ella?” a lo cual Camila responde “Por el cariño que le tengo, porque igual son años que nos conocemos, yo creo que es por eso, pero varias veces nos hemos distanciado”. Las descripciones contradictorias que realiza Camila de las personas significativas de su vida llegan a ser tan burdas, que no permiten al entrevistador integrarlas para obtener una imagen clara de ellas.

Así mismo realiza una figura en la obra con dos líneas que se soportan entre sí, mientras verbaliza que necesita una relación, sin embargo, no quiere tenerla, dice “No, porque me volvería muy dependiente de la otra persona”. Esta afirmación se encuentra sostenida en la dificultad de confiar en aquel que ni ella misma logra describir con claridad y definición.

Dentro de un ambiente psicoterapéutico, la elaboración gráfica que va acompañada de una narración que el paciente realiza de la mano del terapeuta, da la posibilidad de desarrollar una mayor integración de la información emocional sobre las propias vivencias. Así también, aquellas intervenciones que incluyen la expresión artística asociada a la narrativa, permiten al individuo el reconocimiento de la práctica de un afrontamiento activo ante la dificultad. (Vanegas-Farfano, et al., 2016).

Es así como Camila a través de este conjunto, narrativa y creación, va construyendo un significado, un símbolo, va poniendo nombre a las sensaciones emocionales que la conducen a la conducta impulsiva y autodestructiva. Dice durante el análisis final de la obra de la segunda sesión “Y acá como que se iba a formar algo” “pero los puntitos lo estorban” “Mm, no sé, como que interfieren”, la terapeuta la ayuda “Ya, ¿pueden ser como los enojos?”, a lo que Camila responde “No sé” “Me refiero a que interfieren con la figura” “No los puedo ver bien”, la terapeuta interviene “Por eso los relacioné con los enojos, porque siento que cuando tú a veces te enojas no puedes ver bien y vamos de vuelta a las nubes o cosa rara” “marea roja, no sé cómo le vamos a

llamar, tenemos que ponerle un nombre”. Camila dice “Se va a llamar el multifacético” “Porque tiene muchas cosas” “distintas, no se puede definir” “Sí, siempre va cambiando”... y la terapeuta finaliza “Pero no te deja ver”, a lo que la paciente responde afirmativamente.

Linehan (1993) menciona que algunos individuos experimentan episodios de una intensa disforia; tales como rabia, dolor, tensión, vergüenza, pánico y sentimientos crónicos de vacío y soledad, causándoles una reactividad exagerada en determinadas situaciones. Refiere que estos pacientes pueden pasar de un estado anímico a otro con gran rapidez, experimentando todas estas emociones en cortos periodos de tiempo, lo cual hace que sus relaciones interpersonales sean caóticas, intensas y con muchos conflictos. Todo ello acompañado de un profundo miedo al abandono, que se manifiesta en sus esfuerzos por evitar estar solos. Sin embargo producto de esta revuelta emocional es que sus relaciones cercanas terminan siendo conflictivas, inundadas de un sentimiento de desconfianza, que finalmente asusta al otro que los acompaña, reafirmando la sensación de soledad y rechazo. Refiere : “A mí me da así como 15 minutos bien, 15 minutos mal, o 15 minutos mal y todo el día bien y así” mira a la terapeuta mientras habla, “Entonces eso igual les chorea a ellas”, la terapeuta interviene “Y a ti, ¿te complica eso?, ¿te molesta?”, Camila responde “Sí, porque no me puedo relacionar bien con las personas”

En relación a la desregulación conductual, esta puede adquirir dos formas: las conductas autodestructivas y las conductas impulsivas y problemáticas. Camila presenta ambas. Entre las conductas autodestructivas se incluye toda la gama de la conducta suicida, de la ideación hasta el intento, y dentro de las conductas impulsivas problemáticas se encuentran el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios, explosiones verbales, etc. Camila relata : “En tratarlos mal, soy muy hiriente y soy muy impulsiva, entonces yo llego y lanzo....de mis compañeros, cualquiera que me hable y los trato mal.... y se nota así en su actitud que les dolió”.

Simeon y Hollander (2001) ponen énfasis en intentar comprender la conducta autolesiva en función de una incapacidad en las habilidades de resolución de problemas, asociado a la disregulación emocional que estos pacientes experimentan. En este sentido es que el arte terapia podría tener un rol fundamental en el tratamiento de este tipo de conductas, al ayudar al paciente a autoregularse mejor por el sólo hecho de poner la atención en un lugar diferente al estresor. A simbolizar y poner nombre, y a experimentar a través de la creatividad nuevas formas de resolver problemas.

En relación al arte, Eisner (2004 citado por Zenil & Alvarado, 2007) señala que:

“..permite probar cosas (mentalmente) sin las consecuencias que se tienen al realizarse empíricamente, incluyendo así las formas más complejas de resolución de problemas. Además, la labor creativa trae consigo la sorpresa, puesto que los fines en el proceso de creación están orientados a lograr cosas nuevas en todos los sentidos, dicha sorpresa es fuente de satisfacción, a la vez que hace significativo lo que se aprende con ella y es más probable que dicho conocimiento forme parte del repertorio de la persona permitiendo generar y abordar con éxito problemas nuevos y más complejos”. (pp. 60)

Por otra parte, la obra que el paciente realiza produce que el artista como el terapeuta experimenten diferentes áreas de sensibilidad corporal a través del uso de materiales, lo que podría impulsar al paciente a reconocer que y como lo siente, donde y cuando siente, y cuales estímulos detonan ciertas emociones. Es así como Camila en la segunda sesión se ve más cómoda, más entregada al juego, por lo cual la terapeuta le comenta “Ahora me da la sensación que igual disfrutas este espacio”.. silencio...“Sí, podría ser” responde Camila con la vista hacia abajo. “Sí, a veces si te veo como que estás como estancada en algo y pones esas caritas que pones a veces, así como que arrugas la nariz”, la niña la mira y sonrío, “como que no te está gustando lo que está apareciendo, pero siento que después igual lo resuelves y terminas haciendo algo que, que, que te gusta”... Camila comenta “Se le puede buscar solución”

Se pretende entonces que la paciente a través del arte logre emplear su creatividad, y despliegue la mayor cantidad de recursos personales al estar contenida en el setting arte terapéutico, generando un aprendizaje que se pretende facilite la resolución de conflictos de maneras diferentes al suicidio. De esta forma, el setting arte terapéutico para Camila resultó ser como un continente que le permitió desplegar su creatividad con confianza, dejando expresar sus sentimientos más intolerables. Con ayuda y apoyo constante de la arte terapeuta, Camila logró mostrar signos de organización mental y disfrute durante el proceso de creación. (Pain y Jarreau, 1995).

Sin embargo la distorsión en la calidad de las relaciones objetales tempranas de Camila aparecieron en la interacción con la terapeuta, quien recibió por parte de la paciente durante la última sesión, una constante confrontación en relación al vínculo, situación que fue superada por ambas y que permitió a la paciente continuar su obra en cuestión y cerrar la sesión con agrado.

Oklander (2008) asegura que “La relación es algo tenue que requiere cuidado o una cuidadosa nutrición. Es la base del proceso terapéutico y puede, en sí misma, ser poderosamente terapéutica” (p. 37).

Por su parte Annie Boyer-Labrouche (2012), refiere :

Uno de los beneficios del arte terapia, es el permitir de reanudar la relación. En la relación consigo mismo, es aceptar el niño que hemos sido; es retomar la confianza en sus capacidades creativas; es ser un poco menos rígido en sus defensas, es dejarse llevar sin estar en peligro. En la relación con el otro, esto ocurre en el cuadro de la relación psicoterapéutica y en la transferencia (Annie Boyer-Labrouche, 2012, p. 39).

De acuerdo con Florenzano (1984) se llama contratransferencia a los sentimientos, pensamientos y actitudes que enfrenta el terapeuta en relación con el

paciente. Y si las imágenes actúan sobre nosotros del mismo modo en que lo hacen las palabras, como lo plantean Derek Hook & Vlad Petre Glaveanu (2013), las sensaciones que me produjeron la obra y las palabras de mi paciente durante todas las sesiones fueron de una angustia intensa con una incapacidad enorme de poder ver esbozos de esperanza o recursos en el sí mismo, y de armar un yo que se encontrara integrado y coherente. Tuve muchas ganas de contenerla y mostrarle que dentro del “multifacético” habían recursos personales que le permitirían salir adelante logrando mirar alternativas diferentes a tener una relación o desaparecer para poder estar mejor.

Si bien conocemos que el arteterapia no elimina los problemas, puede ayudar a enfrentarlos y a saber vivir con ellos, siendo una salida distinta que nos permite transcribir por medio de formas, colores, objetos y símbolos, todas las emociones y sentimientos que entretejen nuestros pensamientos y nuestras relaciones. (López, M., 2011)

Si el arte terapia puede ayudar a los pacientes a externalizar los pensamientos homicidas de forma más segura que cuando se dirigen directamente hacia el terapeuta, es de gran interés para la investigación conocer si el arteterapia puede ser una herramienta útil en el reconocimiento de la conducta suicida en adolescentes, debido a que es de alta frecuencia que en el espacio psicoterapéutico exista negación o falta de reconocimiento de estas conductas, por lo dolorosas, contradictorias y desintegrativas que pueden ser. (Levens, 1989)

Lo cual plantea un gran desafío para esta investigación, ya que si bien se ha planteado que el arte terapia puede ser de utilidad en el abordaje de la conducta suicida en adolescentes, esto no se ha explorado con mayor profundidad y así lo demuestra nuestra revisión bibliográfica.

BIBLIOGRAFIA

American Art therapy Association, (A.A.T.A). (2013). What is Art Therapy?.

Asociación Chilena de Arte Terapia, ACAT. (2016). Arte terapia. Recuperado el 10 de Abril 2016 en:

http://www.arteterapiachile.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=27

American Psychiatric Association. (APA) (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson.

Alvarez Zapata, C. y Tamayo Quintero, P. (2015). Ideaciones suicidas en la adolescencia: lo que debemos saber de las metamorfosis de la pubertad. *Revista Poiésis*, 30, 79-86.

Banister, P.; Burman, E.; Parker, I.; Taylor, M. y Tindall, C. (2004). *Métodos Cualitativos en Psicología. Una guía para la investigación*. México: Universidad de Guadalajara.

Bateman, A., y Fonagy, P. (2004). Mentalisation-based treatment of bpd. *Journal of personality disorder*, 18(1), 3651.

Ceballos-Herrera, F. (2009). El informe de investigación con estudio de casos. *Magis. Revista Internacional de Investigación en Educación*, 1 (2), 413-423.

Chile, Ministerio de Salud, MISAL. (2013). *Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género*. Santiago.

Chávez-Hernández, Ana María, Medina Núñez, Miriam Carolina, & Macías-García, Luis Fernando. (2008). Modelo psicoeducativo para la prevención del suicidio en jóvenes. *Salud mental*, 31(3), 197-203.

CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

De la torre, A. (2013) *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Centro de psicología aplicada, Universidad Autónoma de Madrid.

Derek Hook & Vlad Petre Glaveanu (2013) Image Analysis: An Interactive Approach to Compositional Elements, *Qualitative Research in Psychology*, 10:4, 355-368

Durkheim, E. (1986). *El suicidio*. Madrid: Editorial Reus.

Egberg, K. et al. (2013) Qualitative content analysis in art psychotherapy research: Concepts, procedures, and measures to reveal the latent meaning in pictures and the words attached to the pictures. *The Arts in Psychotherapy* 40. 101–107

Fernández Núñez, L. (2006) *¿Cómo analizar datos cualitativos?* ICE-UB.

Florenzano, R. (1984) *Psicoterapias dinámicas*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile.

Franks, M. and Whitaker, R. (2007) The image, mentalisation and group art psychotherapy, *International journal of art therapy* vol. 12 , iss. 1,2007

Freud, S.: (1917) *Duelo y Melancolía*. Amorrortu, Bs. Aires, 1986.

García-Nieto, R., Blasco-Fontecilla, H., Paz Yepes, M. & Baca-García, E. (2013). Traducción y validación de la self injurious thoughts and behaviors interview en población español con conducta suicida. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 6(3), 101-108.

Glasser, M. (1979). Some aspects of the role of aggression in the perversions. In Rosen (ed.), *Sexual Deviation* (pp. 279_299). Oxford: Oxford University Press.

Hale, R. (2005). On suicide. Paper presented at the 16th forensic arts therapies advisory group conference, London.

Hendin H. (1951). Psychodynamic motivational factors in suicide. *Psych Quaterly*, 25, 672-678.

Inzunza, C., Navia, F., Catalán,P., Brehmeb, C., Ventura, T. (2012). Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general: análisis descriptivo. *Revista médica de Chile*, 140(6), 751-762.

Kernberg, O. (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad. Estrategias Terapéuticas. Manual Moderno. México D.F.*

Kimport, E. y Robbins, S. (2012). “Efficacy of creative clay work for reducing negative mood: a randomized controlled trial.” *Art therapy: journal of the American art therapy Association*; vol. 29 issue 2, p74-79

Kress, V., Hoffman, R., & Thomas, A. (2008). Letters from the future: the use of therapeutic letter writing in counseling sexual abuse survivors. *Journal of creativity in mental health*, 3, 105–118

Larraguibel, M; Gonzalez, P; Martinez, V y Valenzuela, R. (2000) Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, vol.71, n.3, pp. 183-191.

Lecompte, M. y Preissle, J. (1993). *Ethnography and qualitative design in educational research.* (2 ed.). San Diego, California. Academic Press.

Levens, M. (1989). Working with defence mechanisms in art therapy. In T. Dalley & A. Gilroy (eds.), *Pictures at an exhibition: selected essays on art and art therapy* (pp. 143-146). London/new york: tavistock/routledge.

Linehan, M. M. (1993). *Manual de tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. New York: The Guilford Press

López, M. (2011). “Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos”. En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol.: 6. Páginas 183-191. Madrid. Servicios de publicaciones UCM.

Mansilla, F. (2010). *Suicidio y Prevención*. Palma de Malloca: Intersalud.

Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia. del <<arte psicótico>> al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*.

Milia, D. (2000). *Self-mutilation and art therapy: violent creation*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers..

Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido. La vida interior de niños y adolescentes. Terapia infanto-juvenil*. Santiago de Chile.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Construcción 1946.*, 2008.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas: informe regional*. OMS.

Paín, S. y Jarreau, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte: teoría y técnica*. Argentina: Nueva Visión.

Pérez Serrano, G. (1994) *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. Editorial la muralla. Capítulo i: modelos o paradigmas de análisis de la realidad, capítulo ii: la investigación cualitativa: retos e interrogantes.

Ruiz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*: Capítulo 2 : el diseño cualitativo. Editorial : Universidad de Deusto

Rodríguez, F., Glez, J., Gracia, R. y Montes, D. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática Psiquis*, vol 11: 374-380

Rothwell, k. (2008). Lost in translation: art psychotherapy with patients presenting suicidal states. *International journal of art therapy*, 13(1), 212.

Sandmire, D., Gorham, S., Rankin, N., Grimm, D. (2012) The influence of art making on anxiety: a pilot study. *Art therapy: Journal of the American art Therapy Association*, vol. 29 issue 2, p68-73.

Simeon, D. & Hollander, E. (2001). *Self Injurious Behaviour. Assessment and Treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing.

Schaverien, J. (1991). *The revealing image: analytical art psychoterapy in theory and practice*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Springham, N., Findlay, D., Woods, A. y Harris, J. (2012). How can art therapy contribute to mentalization in borderline personality disorder?" *International Journal of Art Therapy*, vol. 17

Taylor, S y Bodgan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. México: Paidós

Vanegas-Farfano, Minerva, González Ramírez, Mónica, & Cantú Guzmán, Rodrigo. (2016). Regulación del estrés y emociones con actividades gráficas y narrativa expresiva. *Revista de Psicología (PUCP)*, 34(2), 293-312.

Zenil, B., Alvarado, S. (2007). La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. Vol. 40(2), p 56-63.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en el proyecto de investigación titulado: “Cómo una experiencia arte terapéutica puede facilitar el reconocimiento y la elaboración de las conductas suicidas en niños y adolescentes que reciben atención psiquiátrica en complejo asistencial Barros Luco”. Su objetivo principal es descubrir, captar y comprender el significado de la conducta suicida en niños y adolescentes de 12 a 18 años.

Para llevar a cabo esta investigación, se entrevistará a los adolescentes que presenten conductas suicidas y se les invitará a participar de un taller grupal de arteterapia de 12 sesiones de 1,5 horas de duración cada uno.

Algunas entrevistas y talleres serán grabados en un registro de audio, fotografía y/o audiovisual y transcritos a fin de ser analizados según las necesidades de la investigación. Estos talleres se realizarán en un ambiente de respeto y estricta confidencialidad. Su nombre no aparecerá asociado a sus opiniones en ninguno de los textos a los que de origen este estudio. Las grabaciones audiovisuales serán posteriormente guardadas en formato digital por un período de cinco años, bajo la responsabilidad del investigador de este estudio.

La participación en esta investigación es voluntaria y no será remunerada.

Toda la información que usted aporte, será tratada de manera confidencial, de acuerdo a la ley 19.628 de 1999, sobre protección de la vida privada o protección de datos de carácter personal. No se dará a conocer su fuente, salvo que sea exigido por la justicia. Sólo tendrá acceso a ella el equipo de investigación, garantizando que la información recabada no será ocupada en objetivos ajenos a este estudio y no autorizados por Ud.

El tratamiento y análisis de la información se realizará con el mayor de los resguardos. Participar en una investigación de este tipo, a usted no le implicará riesgos de ningún

tipo. Si Ud decide dejar de participar, puede retirarse en cualquier momento sin que esto tenga ningún tipo de consecuencias para Ud.

Al momento de finalización del estudio, los resultados de la investigación estarán disponibles para los/las participantes en formato escrito.

En caso que desee realizar cualquier tipo de consulta, puede comunicarse con la investigadora responsable: Nadia Garib Musa, cuya oficina se encuentra en el servicio de psiquiatría infantil del Centro Asistencial Barros Luco, ubicado en calle Avenida José Miguel Carrera 3204, San Miguel, Santiago de Chile, teléfono: 25768797 o al correo electrónico: dra.nadiagarib@gmail.com.

Para su mayor conocimiento este proyecto forma parte de las actividades del Magíster de Arteterapia de la Facultad de Arquitectura de la Universidad del Desarrollo, ubicado en calle: Avenida la Plaza 680, Santiago de Chile.

Formulario de consentimiento

Yo..... Rut..... He sido invitado(a) a participar en la investigación titulada: “Cómo una experiencia arte terapéutica puede facilitar el reconocimiento y la elaboración de las conductas suicidas en niños y adolescentes que reciben atención psiquiátrica en complejo asistencial Barros Luco”. La investigación se realiza como parte de las actividades del Magister e Arteterapia de la Facultad de Arquitectura de la Universidad del Desarrollo.

Entiendo que mi participación consistirá en autorizar a mi hijo a participar en los talleres de Arteterapia en el tiempo y lugar acordado. He leído (o se me ha leído) la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Este consentimiento se firma en dos ejemplares, uno para el investigador y otro para el participante.

.....

Firma entrevistado	Firma	investigador	responsable
Rut:	Rut:		

Lugar: de..... 20...

CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Te quiero invitar a participar en una investigación que busca comprender lo que le pasa a los adolescentes que tienen conductas de auto daño. Por ejemplo, pensamientos de muerte, cortarse, golpearse.

Para hacer esta investigación, te entrevistaré y te invitaré a participar de un taller de arteterapia. Te quiero preguntar sobre tu vida, en especial sobre lo que te pasa cuando tienes conductas que son dañinas para ti. Lo que vamos a conversar en las entrevistas, no lo voy a comentar con los adultos ni tampoco van a saber tu nombre.

Si decides participar, te entrevistaré y serás parte de un taller grupal de arteterapia de 12 sesiones de 1,5 horas de duración cada uno. Si fuera necesario, podemos conversar un par de veces más.

Algunas entrevistas y talleres serán guardados en un registro de audio, fotografía y/o audiovisual para escribirlas después y así poder estudiarlas para aprender de lo que conversamos.

Al final de la investigación, si tú quieres, te puedo contar lo que aprendimos conversando contigo y otras personas.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y me puedes decir si no quieres seguir conversando y/o si no quieres seguir participando en los talleres cuando así lo desees.

Es importante que sepas que tus padre/madre/tutor han estado de acuerdo con que participes y debes preguntarles a ellos y/o a mí cualquier duda acerca de tu participación en la investigación.

Formulario de asentimiento

Yo..... Rut..... He sido invitado(a) a participar en una investigación sobre los problemas que tienen algunos adolescentes que se hace daño.

Entiendo que mi participación se trata de conversar sobre mi vida y participar de un taller grupal de arteterapia. He leído (o se me ha leído) la información del documento de consentimiento. He podido hacer preguntas y se me ha respondido de una manera en que entiendo de que se trata.

Acepto participar y sé que tengo el derecho a dejar de participar cuando quiera.

.....

.....

Firma entrevistado

Firma investigador responsable

Rut:

Rut:

Lugar:,..... de..... 20...

<ul style="list-style-type: none"> - Témperas tradicionales - Témperas fluorescentes - Témperas metálicas - Acuarelas - Lápices pastel - Lápices de colores - Marcadores - Pinceles - Mezclador - Colafría - Stickfix - Lápiz grafito - Goma - Tijeras - Greda - Plasticinas 	<ul style="list-style-type: none"> - Block doblefaz de ¼ de pliego - Block doblefaz de 1/8 de pliego - Cartulinas de diferentes tamaños y colores - Block de papel crepé - Block de papel volantín - Block de cartón corrugado - Block de papel entretenido - Block de goma eva - Block de cartulinas españolas - Block de papel lustre - Block de cartulinas fluorescentes - Block de cartulinas metálicas - Vasos plásticos
--	--

Lista de materiales



