

MÁSTER DE ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

**CAMA A CAMA. LA SESIÓN ÚNICA DE ARTETERAPIA EN LA
HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA**



Little Nemo in Slumberland. 1905. Winsor Mc Cay.

Sandra Blanca Aranda

DNI: 05292350-G

Especialidad: Bellas Artes

TRABAJO FIN DE MÁSTER. CURSO: 2012 - 2013

Convocatoria: Junio

TUTOR: Julio Romero

Departamento:

Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid.

ÍNDICE

RESUMEN / ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS	6
2.1. Tema	7
2.2. Problema de investigación que se plantea	7
2.3. Preguntas de investigación	7
2.3.1. Pregunta principal	7
2.3.2. Preguntas secundarias	7
2.4. Objetivos de la investigación	8
2.4.1. Objetivo general	8
2.4.2. Objetivos específicos	8
3. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA	9
3.1. Arteterapia	9
3.2. La Hospitalización pediátrica	12
3.3. Arteterapia con menores hospitalizados	15
3.4. La sesión única de arteterapia en el ámbito clínico	17
3.5. Terapia Breve	18
4. METODOLOGÍA	20
4.1. Universo y muestra	21
5. DESARROLLO DEL CONTENIDO	22
5.1. Little Nemo Cama a Cama	22
5.2. El cierre-abierto	26
5.3. La sesión única de arteterapia en la hospitalización pediátrica	27
5.4. El viaje de Alicia en una tarde dorada	32
5.5. Impresiones recibidas de las intervenciones arteterapéuticas	34

5.5.1. Lila, 5 años. 3 sesiones	35
5.5.2. Sol, 13 años. Ninguna sesión	36
5.5.3. Añil, 7 años. 3 sesiones	38
5.5.4. Blue, 8 años. 1 sesión	42
5.6. Propuestas para la atención al menor hospitalizado mediante la sesión única de arteterapia	43
5.6.1. Previo a la sesión	44
5.6.2. Durante la sesión	45
5.6.3. Tras la sesión	46
5.6.4. Posibilidades y aplicaciones de la Sesión Única de Arteterapia	46
5.6.4.1. SUAT en hospitalizaciones puntuales	47
5.6.4.2. SUAT para normalizar entorno hospitalario	48
5.6.4.3. SUAT para potenciar la participación activa de los padres o familiares	49
5.6.4.4. SUAT para la preparación ante intervenciones quirúrgicas.	49
5.6.4.5. SUAT tras intervenciones quirúrgicas	51
6. CONCLUSIONES	52
7. GALERÍA DE IMÁGENES	54
8. BIBLIOGRAFÍA	57
8.1. Enlaces de interés	62
9. ANEXOS	63
9.1. Anexo I. Díptico informativo	63
9.2. Anexo II. Ejemplo de Anotaciones Diario de Campo	64
9.3. Anexo III. Ejemplo de Hojas de Registro	66
9.4. Anexo IV. Certificado Prácticas La Paz	69
9.5. Anexo V. Control de Horas. Intervenciones en La Paz.	70

RESUMEN

El presente trabajo integra la contextualización teórica de un plan de intervención arteterapéutica desarrollado con niños y niñas ingresados en el Hospital Universitario La Paz, con una investigación de carácter cualitativo que analiza las posibilidades de las sesiones de arteterapia con menores hospitalizados, para la posterior elaboración de una propuesta de intervención arteterapéutica.

Dicho trabajo pone en valor la sesión única de arteterapia, en el ámbito de la hospitalización pediátrica, situando el foco en las posibilidades, dificultades y potencialidades de la misma.

Palabras Clave: arteterapia, hospitalización pediátrica, sesión única, investigación, propuesta de intervención.

ABSTRACT

This work integrates the theoretical contextualization of art therapy intervention plan developed with children entered in the Hospital Universitario La Paz, with a qualitative research that examines the possibilities for art therapy sessions with children hospitalized for further processing an art therapy intervention proposal.

This work values the single session of art therapy in the sphere of pediatric hospitalization, putting the focus on the possibilities, difficulties and advantages of it.

Keywords: art therapy, pediatric hospitalization, single session, investigation, intervention proposal.

1. INTRODUCCIÓN

En el juego, y solo en él, pueden el niño, o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador. (Winnicott, 1971: 80).

Durante los meses de octubre de 2012 a marzo de 2013, realizamos prácticas de arteterapia en las plantas de Pediatría I y III (2ª planta) y trasplantes (7º planta), del Hospital Universitario la Paz. Antes de comenzar procuramos informarnos de experiencias anteriores para hacernos una idea previa de lo que podía significar trabajar en el ámbito de la hospitalización pediátrica. Nuestra preparación precedente resultó muy útil y ayudó en muchos momentos, en los cuales pudimos recurrir a ella, no obstante, descubrimos que en arteterapia nos movemos en terrenos personales, íntimos y únicos, por lo que siempre nos encontramos ante situaciones nuevas en las cuales, lo mejor será actuar desde la calma y la escucha.

Cuando se trabaja con niños y adolescentes hospitalizados, los acontecimientos inesperados se dan continuamente y esto implica que el arteterapeuta ha de estar preparado para ello y cuente con una gran capacidad de adaptación, lo cual implica una escucha muy atenta y un auto-control mayor. Es posible que el arteterapeuta inexperto se pueda llegar a sentir frustrado por no cumplir los objetivos previstos, pero debemos de tener siempre en mente que esos objetivos son exclusivamente nuestros y que hay que estar lo suficientemente atento/a a aquello que nos comunica paciente, siendo flexibles en todo momento. Para ello “se debe crear un entorno apropiado, en donde los arteterapeutas respeten el proceso creativo de los pacientes” (Martínez Díez: 96).

Tras los primeros meses en el hospital, comenzamos a darnos cuenta de la dificultad que suponía el tener una continuidad con los pacientes, debido a las diferentes circunstancias de cada menor,¹ y debido a que la primera sesión en muchos casos

¹ En la mayoría de los casos los pacientes son dados de alta, en otros, puede ser que el niño no se encuentre bien o esté sedado, que la sesión coincida con la rehabilitación, que tenga visita, etc.

También una causa de cese del proceso arteterapéutico puede ser el fallecimiento del menor.

era la última y por tanto la única. En la práctica hay que tener en cuenta este hecho para poder llevar a cabo el proceso arteterapéutico con seguridad, de manera que se pueda aportar el mayor grado de bienestar al niño.

Este hecho me llevó a enfocar el trabajo de fin de máster en las posibilidades que ofrece la arteterapia con menores hospitalizados y en concreto en los beneficios que pueden aportar estas intervenciones a los niños, incluso, siendo la mayoría, sesiones únicas.

Las artes son medios para explorar nuestro paisaje interior. Cuando las artes nos conmueven de una manera genuina, descubrimos lo que somos capaces de experimentar. En este sentido, las artes nos ayudan a descubrir el contorno de nuestro ser emocional. Ofrecen recursos para experimentar el alcance y la variedad de nuestra receptividad y nuestra sensibilidad” (Vygotski, 2007,p. 28).

2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Antes de formular las preguntas de investigación y los objetivos, se expone brevemente el panorama actual que podemos encontrar al aplicar la arteterapia en el ámbito de la hospitalización pediátrica.

En las sesiones de arteterapia con menores hospitalizados surgen muchos imprevistos y aunque por lo general las sesiones de arteterapia están concebidas como sesiones que se extienden en el tiempo, de manera que permiten al paciente² profundizar mucho más en la experiencia arteterapéutica, existen contextos en los cuales esa continuidad es menos frecuente y donde una sesión única es el tiempo máximo con el que contamos. A esto se le añade la dificultad de no saber, en la mayoría de las ocasiones, si nos encontramos ante un paciente que podrá tener continuidad o no. Es por esto que la primera sesión se convierte, en este contexto, en una posible sesión única, con todo lo que esto implica. No siempre ocurre que no sepamos si podremos tener una cierta continuidad con el niño, por ejemplo, en los

² A partir de ahora nos referiremos al participante, cliente o usuario de la sesión de arteterapia como paciente, dado el contexto sanitario de la intervención.

casos menos graves³. Sucede lo contrario en casos más graves o crónicos de los cuales se prevé un periodo más largo de hospitalización. En estos casos la primera sesión nos servirá como guía del resto de sesiones.

Es importante reflexionar en este momento sobre las posibilidades que puede ofrecer una sesión única de arteterapia (SUAT) en el ámbito de la hospitalización pediátrica sus posibilidades, sobre sus carencias o sobre cómo puede ser la mejor manera y momento de aplicarla.

2.1. Tema

La sesión única de arteterapia en la hospitalización pediátrica.

2.2. Problema de investigación que se plantea

¿Cómo realizar una intervención arteterapéutica adecuada y aportar el mayor grado de bienestar a niños hospitalizados, cuando es posible que la primera sesión sea una sesión única de arteterapia individual?

2.3. Preguntas de investigación

2.3.1. Pregunta principal

¿Cómo se puede mejorar el grado de bienestar de los menores hospitalizados mediante una sesión única de arteterapia individual?

2.3.2. Preguntas secundarias

¿Cómo podemos ayudar a disminuir el desajuste emocional que la enfermedad pueda causar, mediante una sesión única de arteterapia?

¿Se puede enseñar al paciente a canalizar sus sentimientos, a través de la creación en una sesión única de arteterapia?

³ En ingresos puntuales o enfermedades no crónicas, el paciente suele estar ingresado menos de una semana, por lo cual se sabe de antemano que la sesión de arteterapia que realicemos será la única.

¿De qué manera es posible generar un mejor manejo y resolución de conflictos emocionales mediante el proceso creativo, en una sesión única de arteterapia?

¿Cómo puede el arteterapeuta ayudar a facilitar la comprensión y adaptación del menor a la enfermedad en una sesión única de arteterapia?

2.4. Objetivos de la investigación

2.4.1. Objetivo general

Analizar en profundidad y desde distintos puntos de vista las posibilidades de la sesión única de arteterapia en el ámbito de la hospitalización pediátrica, para la elaboración de una propuesta de intervención arteterapéutica.

2.4.2. Objetivos específicos

- Observar las intervenciones arteterapéuticas realizadas en el Hospital La Paz.
- Detectar necesidades específicas del colectivo de niños y niñas hospitalizados.
- Analizar los problemas y las posibilidades que puede ofrecer la sesión única de arteterapia en el ámbito de la hospitalización pediátrica.
- Proponer otras aplicaciones alternativas en la intervención arteterapéutica en el ámbito de la hospitalización pediátrica.
- Reflexionar y establecer conclusiones sobre el modelo de intervención utilizado.



Ilustración 1: Las Aventuras de Alicia en el País de las Maravillas. Alicia encuentra la pequeña puerta detrás de la cortina. 1865. Autoría: Sir John Tenniel.

3. MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA

3.1. Arteterapia

El proceso del arteterapia está basado en el reconocimiento de que los pensamientos y sentimientos más profundos del hombre, procedentes del inconsciente, consiguen su expresión en imágenes mejor que en palabras. (Naumburg, 1958, citado en Walss, 2012).

En este apartado haremos un breve repaso por la historia de la arteterapia y su significado. Se han resumido en unos pocos párrafos algunos de los datos más significativos, no obstante la historia de la arteterapia está marcada por múltiples orígenes desde la más alta antigüedad ya que el carácter universal del arte ha contribuido históricamente a considerar la práctica y la contemplación artística como actividades que proporcionan bienestar. (AFIA, 2013).

En 1942, el artista Adrian Hill, otorgó el termino “arteterapia” para referirse a un proceso por el cual la actividad artística proporcionaba al enfermo un incremento del bienestar emocional. Cinco años más tarde, Margaret Naumburg utilizaba por primera vez el proceso artístico dentro de su trabajo como psicoanalista y a finales de 1950 en Viena, Edith Kramer comenzó a trabajar como arteterapeuta con los niños de la Wiltwyck School en EEUU, orientando su trabajo a la capacidad terapéutica de la propia práctica artística (Marxen, 2011). Los enfoques de Naumburg y Kramer son bien diferentes ya que si Naumburg se focalizaba en las teorías psicoanalíticas, Kramer por el contrario, se centraba en la potencialidad que ofrece el propio proceso de creación artística.

Tras la puesta en marcha de los primeros programas de estudio en EEUU, en 1964 comienzan a aparecer las primeras asociaciones de profesionales de arteterapeutas, que continúan ampliando su número hasta la fecha de hoy (AFIA, 2013). Actualmente, estas asociaciones ofrecen diferentes definiciones de arteterapia. A continuación se exponen algunas de ellas:

Según la Asociación Americana de arteterapia (AATA, 2013), consolidada en 1969, la arteterapia “es una profesión que utiliza el proceso creativo, a través de la creación artística, para producir una mejora física, mental y emocional, consiguiendo así alcanzar el bienestar personal”. El proceso creativo se puede llevar a cabo tanto de forma individual, como grupal. Mediante la auto-expresión dentro de este espacio de seguridad, “los pacientes exploran los conflictos y buscan resolver los problemas de su mundo interior y exterior, para desarrollar la habilidad interpersonal, reducir el estrés, aumentar la autoestima y la conciencia de sí mismo”.

La Asociación profesional Española de Arteterapeutas (ATE, 2013) define arteterapia como “una profesión asistencial que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de emociones y conflictos emocionales o psicológicos”.

Por último la definición de arteterapia que proporciona la Asociación Británica de Arteterapeutas, una de las primeras asociaciones de arteterapeutas que se fundó en 1964, (BAAT, 2012). Define que la arteterapia “es una forma de psicoterapia que utiliza medios artísticos como su modo primario de comunicación”.

Tras las muchas definiciones reconocidas de arteterapia se han identificado los siguientes rasgos convergentes:

- Proyección artística
- Relación triangular
- Espacio terapéutico seguro
- Experiencia no verbal
- Espacio de juego
- Prevalencia del proceso artístico sobre la obra final

Durante el desarrollo de la intervención arteterapéutica y su supervisión, se mantuvo un enfoque humanista, por lo que se ha considerado oportuno hacer un breve resumen sobre dicha orientación.

La arteterapia humanista se basa en muchas de las teorías de la Gestalt y en los enfoques humanistas de Maslow y de Carl Rogers. Concibe al ser humano desde una perspectiva holística, es decir, que a personalidad se tiene en cuenta como un sistema organizado de diferente manera en cada individuo, que está en continuo desarrollo. Los elementos que integran dicho sistema se influyen de manera recíproca, “como una síntesis mental, física y espiritual”, de tal manera que las raíces de los posibles conflictos emocionales surgen entre los aspectos internos y externos del individuo. (Allport, 1966; citado en M. D. Martínez, 2009: 212).

Según Rogers (1961), “el paciente es el que lleva el peso de la terapia” y no el terapeuta. Afirma que una relación interpersonal centrada en el paciente proporciona la atmósfera ideal para el cambio y propone que los pacientes son capaces de analizar sus experiencias de una forma abierta y de “encontrar soluciones para sus propios problemas” (Rogers, 1961:168).

Los pacientes deben experimentar sus introspecciones por sí mismos, en la vida cotidiana, fuera de la consulta de su terapeuta. Un abordaje autoritario en la terapia parece resultar fabuloso en la primera parte de la terapia, pero al final solo crea una persona dependiente. (Boeree, 2003).

Los principales temas de investigación humanista son la espontaneidad, la creatividad, la satisfacción personal y el alcance de los estados de plenitud. Por tanto “el crecimiento y la autorrealización son criterios para medir la salud psicológica” (Martínez, 2009: 214). En definitiva, la arteterapia con enfoque humanista trata de abrir canales de autoexpresión y autoconocimiento, mediante los procesos artísticos, los cuales aportan a la persona la capacidad de explorar sus propios recursos.

3.2. La Hospitalización pediátrica

Debido a que cada ser humano es único, y que al elemento emocional y medioambiental se añade el elemento físico, se dice que no existen enfermedades sino enfermos, ya que cada persona tiene una forma de enfermar distinta a otra, a pesar de sufrir la misma enfermedad. (Martínez Díez, 2006: 94).



Ilustración 2: Añil con uno de sus dibujos. 7 años. Fotografía de elaboración propia.

Los menores hospitalizados conforman un colectivo muy delicado, ya que pasan por dificultades que no sólo guardan relación con su estado físico, sino también con su estado emocional. El miedo, los temores, la angustia, la separación de sus seres queridos y el nuevo entorno en que se encuentran, entre otros factores, “pueden afectar en su recuperación, sus relaciones sociales y sus vínculos afectivos; así como

generar fobias, trastornos afectivos y consecuencias en su desarrollo socio-emocional”. (Ortiz, 2006: 85). De hecho, la hospitalización se reconoce como el evento que produce mayor ansiedad en los niños y niñas, ya que “su percepción en la experiencia de hospitalización excede sus capacidades para poder resolverla y afrontarla, lo que los lleva a presentar estados de ansiedad”. (Aguilera & Whetsell, 2007).

La ansiedad y depresión son las principales alteraciones emocionales y la discontinuidad en la vida del niño y el adolescente enfermo, se caracteriza por: la interrupción de sus actividades y alteración de la normalidad; pérdida del control sobre el entorno y sobre sí mismo; transformación y adaptación; incertidumbre sobre el futuro; y cambios en la vida personal, social, familiar y escolar (Ullán y Belver, 2008).

Según Ullán y Belver (2008), además de la ansiedad, los niños y adolescentes interpretan la hospitalización como un castigo por algo que han hecho mal, tienen miedo al abandono, presentan comportamientos regresivos, dependientes y están bajos de autoestima. Por ello, en los casos de niños hospitalizados es frecuente la aparición del miedo.

En ocasiones, también sucede que los niños y niñas que están hospitalizados han sido llevados sin una preparación psicológica previa, es decir que ingresan en el hospital sin haber sido preparados para esta experiencia y por ello, esta nueva situación puede derivar en que el niño viva la experiencia de la hospitalización como estresante y eso termine generando en él mayores miedos. Además los niños con enfermedades crónicas son susceptibles de repetidas hospitalizaciones y se enfrentan no sólo a la enfermedad, sino también a la ausencia de una vida normal, lo que influye también sobre la familia.

Por otro lado encontramos factores como la historia familiar, los patrones de crianza, las experiencias pasadas que determinan las diferentes reacciones ante la experiencia hospitalaria. De hecho, en la mayoría de los casos, emergen con más fuerza las necesidades relacionadas con su situación personal que con el propio hecho de la hospitalización.

En un ocasión, tuvimos la oportunidad de conocer a “Dino”, un niño de cinco años a quién estaban realizando un estudio intestinal, además de estar hospitalizado, su madre le había abandonado hacía unos meses. Durante el tiempo que Dino estuvo en el hospital (unas cuatro semanas), lo hizo acompañado de una educadora social. Pudimos detectar su necesidad de sentir estabilidad en su entorno, así como de expresar y exteriorizar lo que le estaba ocurriendo. Durante las sesiones no hacía alusiones a la hospitalización ni a la enfermedad, pero sí al abandono. Este es un ejemplo escogido de muchos otros, en donde claramente, la situación personal se hace más imperante en la terapia, que la propia hospitalización.

El interjuego de los componentes biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad tiene manifestaciones particulares en cada persona, y lleva a que individuos con patologías similares puedan producir manifestaciones totalmente diversas en lo psicológico. (Gómez-Restrepo, 2008: 101).

De acuerdo con Green (2000), la enfermedad puede tener diferentes aspectos debido a sus componentes físicos, mentales y sociales. De manera que en lo biológico podemos esperar diversas respuestas dependiendo del tipo de enfermedad, la gravedad, el tipo de evolución, el umbral al dolor, etc. En lo psicológico influyen la madurez, los mecanismos de defensa, la personalidad, sus antecedentes psiquiátricos, sus antecedentes médicos y hospitalarios, por citar algunos elementos. Y en lo social influyen el tipo de familia y sus relaciones, la actitud familiar hacia la enfermedad, los imaginarios familiares sobre la enfermedad, la cultura, las relaciones interpersonales, etc. Esta diversidad y “las múltiples combinaciones posibles hacen que cada paciente tenga una singularidad dada” (Gómez-Restrepo, 2008: 101).

A continuación se exponen algunas de las características individuales más significativas detectadas a lo largo de la intervención arteterapéutica. Destacan entre otras, la necesidad de:

- Expresar sus conflictos internos
- Sentirse en un espacio seguro y libre
- Establecer una relación de confianza
- Fortalecer la relación familiar
- Tener un espacio donde jugar
- Ilusionarse, sorprenderse, inventar
- Confiar en sus capacidades
- Explorar y expresar sus sentimientos y emociones

Por último mencionar otro factor importante en el ámbito de la hospitalización pediátrica es la edad del niño, que juega un papel fundamental ya que una diferencia de simplemente dos años, puede significar mucho en cuanto al modo de experimentar la realidad y de comunicarse. Este hecho, aunque evidente, en ocasiones puede ser pasado por alto y es fundamental considerarlo, así como tener conocimiento de los principios del arte infantil y las etapas de la expresión gráfica, tanto para la preparación de la intervención, como para el registro posterior.

3.3 Arteterapia con menores hospitalizados

Todos los niños, especialmente los que se encuentran en una situación difícil, tienen la necesidad de expresar, de crear, de establecer relaciones con el mundo. Utilizando la arteterapia es posible ayudar a los niños que están hospitalizados a ejercer su creatividad de una manera natural, beneficiando al niño y alejándolo de lo desagradable, del dolor, de la ansiedad y de la monotonía. Proporcionando recursos para la externalización de impulsos agresivos, miedos y temores, así como para la transformación de sus significados.

En el ámbito de la hospitalización pediátrica se puede trabajar en talleres de arteterapia grupal, como por ejemplo en las habitaciones de hemodiálisis, y en terapia individual, (cama a cama), en la cual se centra esta investigación.

Como la naturaleza de la estancia en un hospital hace que ésta sea pasiva, (...) en el taller de arteterapia tienen la oportunidad de hacer algo distinto. Como experimentan fuertes emociones la creación artística les permite comunicar sus sentimientos, contar y plasmar sus emociones, con libertad para crear, y aprender más acerca de ellos mismos y de su entorno. (Martínez Díez, 2006: 94).



Ilustración 4: "Sin título". Amy. 10 años. Fotografía propia.



Ilustración 3: "Sin título". Dino. 5 años. Fotografía propia.

Prácticamente desde los orígenes de la proyección sanitaria de la arteterapia, encontramos aplicaciones destinadas a tratar el impacto psicológico que supone la hospitalización de los niños, incidiendo especialmente los efectos emocionales que esto produce. Es por ello un instrumento de gran valor terapéutico, que trabaja desde la resiliencia con la enfermedad y desde las potencialidades del paciente, siendo según Noemí Martínez Díez (2006, pp. 45-67) capaz de:

- Entender el arte como “vehículo para la mejora social, física y personal”.
- Aplicar la creatividad y sus técnicas en “la mejora de los grupos atendidos”.
- Aumentar la autoestima.
- Disminuir el desajuste emocional que puede causar la enfermedad.
- Enseñar al menor a canalizar sus sentimientos a través de la creación, así como a enfrentarlos.
- Mejorar la comunicación y la vinculación social.
- Facilitar la relajación a través de las imágenes artísticas.
- Facilitar un espacio de creación y expresión.

En una investigación posterior: “Arteterapia en hospitalización pediátrica: un paso más hacia la humanización de la asistencia sanitaria” (Agudo, Castro, del Río, Peña & Pérez, 2010), se incluían, entre otras, las siguientes aportaciones:

- Promover sentimientos positivos de bienestar
- Estimular la familiarización con experiencias nuevas y difíciles
- Favorecer la incorporación de nuevas formas de sentir y afrontar la hospitalización
- Identificar, verbalizar y resolver problemas, miedos e inquietudes
- Constituir una vivencia saludable de normalidad

Podríamos añadir que la práctica artística permite expresar sentimientos y emociones que en ocasiones son verdaderamente difíciles de expresar verbalmente, sobre todo a determinadas edades o cuando se está pasando por una situación difícil como es la enfermedad. Ello permite a los niños y niñas sublimar miedos, frustraciones y angustias en un ambiente de libertad, seguridad y confianza.

3.4. La sesión única de arteterapia en el ámbito clínico

Por lo general, siempre que sea posible, el proceso arteterapéutico suele desarrollarse en una serie de sesiones que se expanden en el tiempo, aunque también se puede realizar en una sesión única o en sesiones breves⁴.

Actualmente no hay muchos estudios que investiguen sobre las posibilidades que puede ofrecer una SUAT, no obstante, las investigaciones realizadas concluyen que una sola sesión puede aportar bienestar emocional al paciente.

En el año 2006 Nainis, N., Paice, J., Ratner, J., Wirth, JH, Lai, J. y Shott, S. en un estudio cuantitativo observacional con 50 pacientes de leucemia, linfoma y diversos tumores sólidos, observaron que una única sesión de una hora de arteterapia provocaba una reducción de 8 de los 9 síntomas medidos por la escala Edmonton Symptom Assessment Scale. (dolor, debilidad, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, bienestar y dificultad respiratoria). También se observó una reducción significativa de la mayoría de los dominios medidos por la escala State-Trait Anxiety Index (aprehensión, tensión, nerviosismo y preocupación).

Este estudio proporciona las primeras pruebas de la eficacia de la sesión única de arteterapia en la reducción de un amplio espectro de síntomas en pacientes con cáncer.

Aunque fuera del ámbito de la arteterapia, es importante mencionar el estudio piloto de Brooks y Stark (1989), el cual constata que una única sesión de Danza Movimiento Terapia produce cambios importantes en los sentimientos, y que variables como la depresión y la ansiedad mejoraron tras la sesión.

Queda mucho por investigar en este aspecto, no obstante el hecho de acompañar al paciente durante una única sesión, escuchándole, ofreciéndole la posibilidad de ser creador, de soñar e imaginar mientras se está a su lado durante su proceso de

⁴ Por sesiones breves de arteterapia nos referimos a aquellas sesiones que abarcan un periodo muy limitado de tiempo. No son sesiones únicas, pero tampoco tienen una extensión temporal que permita realizar un número de sesiones significativas. El término ha sido extraído del modelo de terapia breve, que se desarrolla en pocas sesiones.

creación, solo puede aportar beneficios y bienestar, siempre que se haga desde la máxima escucha y respeto, ya que como señala Eisner (2004), “por medio de la experiencia artística, emprendemos un proceso donde se reconstruye nuestro ser”.

3.5. Terapia Breve

La Terapia Breve surge como un nuevo modelo de intervención terapéutica dentro de la psicología actual para afrontar los problemas que puedan aparecer, en un tiempo más limitado. El principal objetivo es transformar la tendencia que tenemos a quedarnos bloqueados ante algunas situaciones, consiguiendo beneficios en un breve periodo de tiempo, es decir, que la característica distintiva de este modelo de terapia es su capacidad de aportar bienestar en tiempos breves. El primer modelo surgió en los años 60 en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto generando un cambio radical en la Psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple y eficaz. Se trabaja de forma diferente, con una actitud más activa ante el paciente y estableciendo con él una alianza terapéutica, considerando que sin esa relación empática no se produce el cambio. Binder (2004, citado en Gómez-Restrepo, 2008: 103) establece una serie de conceptos básicos que deben incluirse en una terapia breve:

- *Problemas y metas concretos:* Los objetivos de la terapia deben estar dirigidos a las problemáticas predominantes y sus metas deben estar claramente definidas.
- *Límites y manejo del tiempo:* El tener un tiempo limitado nos lleva a actuar como si fuera la última vez que nos encontráramos.
- *Criterios específicos de selección:* Dentro de estos criterios destacan las relaciones interpersonales, la motivación, los rasgos de personalidad, etc.
- *Actitud del terapeuta:* El terapeuta debe facilitar la comunicación, dirigir la exploración de temas relevantes, explicar, etc.
- *Cálculo de la duración del tratamiento:* Durante la primera sesión el terapeuta debe calcular el número de sesiones deseable y posible con cada paciente.

Durante la intervención, el terapeuta debe identificar y describir claramente el problema, así como evidenciar posibles soluciones. Se ha propuesto que la terapia breve sea precisa y que cada intervención, teóricamente, “debería producir un efecto”. (2008: 101).

Dado que en el ámbito de la hospitalización el arteterapeuta dispone de muy pocas sesiones con los pacientes, la finalidad de la terapia breve de producir un beneficio en cortos periodos de tiempo, está muy relacionada con la finalidad de la sesión única de arteterapia, a través de la cual se pretende aportar un mayor grado de bienestar al paciente, dentro del tiempo del que se dispone.

Los conceptos básicos que según Binder, deben considerarse en una terapia breve, pueden ser de gran ayuda para el arteterapeuta que se encuentre con la incertidumbre de no saber cuántas sesiones podrá realizar con un paciente o con la certeza de saber que serán muy pocas. El hecho de que los objetivos de la terapia estén dirigidos a la problemática predominante, implica que el arteterapeuta se informe lo mejor posible sobre el caso y que desarrolle, a su vez, una capacidad mayor de escucha, propiciando la comunicación, acompañando la exploración hacia temas relevantes.

No obstante, tener un tiempo limitado no implica actuar de manera intensiva y a contra-reloj, sino ser muy hábiles en la intervención, en saber que rumbo darle a la sesión y qué pasos dar en cada momento. No compartiendo la opinión de Binder (2004, citado en Gómez-Restrepo, 2008: 103) que establece como concepto básico el “actuar como si fuera la última vez que nos encontráramos”, ya que actuar de esa manera, puede llevarnos a precipitarnos y hacer una intervención inadecuada.

Por eso es importante una metodología concreta por parte del arteterapeuta, que se adapte a cada caso, pero que no por ello deje de considerar aspectos básicos de toda primera sesión.

4. METODOLOGÍA

Este estudio se realizó desde una metodología cualitativa, con el objetivo de analizar en profundidad y comprender las posibilidades que ofrecen las sesiones únicas de arteterapia en el ámbito de la hospitalización pediátrica, así como para la posterior elaboración de una propuesta de intervención arteterapéutica.

El estudio de casos ha sido el método de investigación cualitativa que se ha utilizado. La particularidad de ese método es el estudio intensivo y profundo de uno o varios casos, refiriéndonos por casos, a aquellas situaciones o entidades sociales únicas que merecen interés de investigación.

Es necesario precisar que el estudio de casos puede incluir tanto estudios de un solo caso como de múltiples casos (según sea una o varias las unidades de análisis), pero su propósito fundamental es comprender la particularidad del caso, en el intento de conocer cómo funcionan todas las partes que los componen y las relaciones entre ellas para formar un todo. (Muñoz & Muñoz, 2001).

El estudio se ha realizado mediante una revisión de la literatura y la reflexión e interpretación de la experiencia realizada en la intervención, pretendiendo comprender las múltiples relaciones que se dan en esta realidad concreta, para así generar un mayor conocimiento de la misma. Es decir, que los sucesos y acontecimientos de las prácticas de arteterapia se han ido interpretando desde el inicio hasta el final de la investigación y completando con información obtenida de otras publicaciones al respecto.

En todo momento la investigación ha quedado limitada por la labor terapéutica, esto quiere decir que por una cuestión ética, cualquier tipo de medida de evaluación que, ayudando a la investigación, interfiriese en la terapia, ha sido pospuesta, de manera que durante las sesiones, la terapia ha sido el foco principal.

El tipo de investigación es descriptiva, de manera que se ha tratado de identificar y describir fenómenos.

Se ha empleado la hoja de registro como instrumento de sistemas de categorías. Un cuaderno de campo con anotaciones y un diario de campo como instrumento de sistemas narrativos. Por último, durante las intervenciones se llevó a cabo un proceso de documentación fotográfica a modo de descripción visual.

4.1. Universo y muestra

La práctica a partir de la cual se ha llevado a cabo la investigación tuvo lugar durante en el turno de tarde, los meses de octubre (2012) a marzo (2013).

Se desarrolló bajo un marco de colaboración entre: el máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social (ATEAIS) y el Hospital Universitario La Paz, presentándose en un único formato: Modalidad cama a cama. Es decir, para aquellos niños, niñas y adolescentes, de entre 4 y 17 años, que por diferentes causas no podían salir de sus habitaciones, en las plantas de Pediatría I y III (los miércoles) y Trasplantes (los viernes). Se realizaron 28 sesiones con un total de 17 pacientes.

Las siguientes tablas recogen información sobre la edad de los pacientes que participaron en las sesiones. A primera vista observamos que las sesiones de arteterapia tuvieron lugar con un número más elevado de niños de entre 7 y 9 años, y con un número más elevado de niñas que de niños.

Género	Frecuencia
Femenino	10
Masculino	7
TOTAL	17

Edad / Años	Frecuencia
De 4 a 6	3
De 7 a 9	6
De 10 a 12	3
De 13 a 15	4
De 16 a 18	1
TOTAL	17

5. DESARROLLO DE CONTENIDO

En este capítulo se reflexiona sobre las sesiones únicas de arteterapia, las posibilidades que ofrecen y su viabilidad en el ámbito de la hospitalización pediátrica. A su vez se recogen algunas experiencias vividas en las intervenciones que se realizaron en el Hospital La Paz y se incluye una propuesta para la aplicación de las sesiones únicas de arteterapia con niños hospitalizados.

5.1. Little Nemo Cama a Cama

La imagen de la página siguiente corresponde a las primeras viñetas del famoso cómic: "Little Nemo in Slumberland". Un buen día Nemo (en latín: Nadie), despierta en su cama acompañado de un extraño personaje, Flip. Su cama comienza a crecer y a moverse para emprender, junto con sus pasajeros, un viaje al País de los Sueños (Slumberland).

Se ha escogido el comienzo del cómic de Winsor Mc Cay (1905), para ilustrar el viaje que puede emprender el niño hospitalizado durante una sesión de arteterapia adecuada, sin apenas moverse de la cama. En el cómic cada página corresponde a un sueño, por lo que si nos lo llevamos a nuestro ámbito, podríamos decir que cada sueño corresponde a una sesión de arteterapia, que en este caso, se realiza siempre viajando en la cama. Por otro lado, encontramos también a Flip, un personaje que resulta, cuanto menos, intrigante: Un fumador compulsivo con un sombrero de copa donde pone: "Wake Up", que a lo largo de la historia, se convierte en el principal antagonista de Nemo, despertándole siempre en la última viñeta de la página, a su vez se convertirá en compañero del niño en muchas arriesgadas aventuras. No es un personaje que pueda aportar seguridad al pequeño y la manera de llevarle de vuelta a la realidad puede resultar estresante, por tanto solo encuentro una analogía entre Flip y un arteterapeuta: La de compañero de viaje que incentiva a Nemo a seguir adelante, a no tener miedo y dejarse llevar al País de los Sueños.

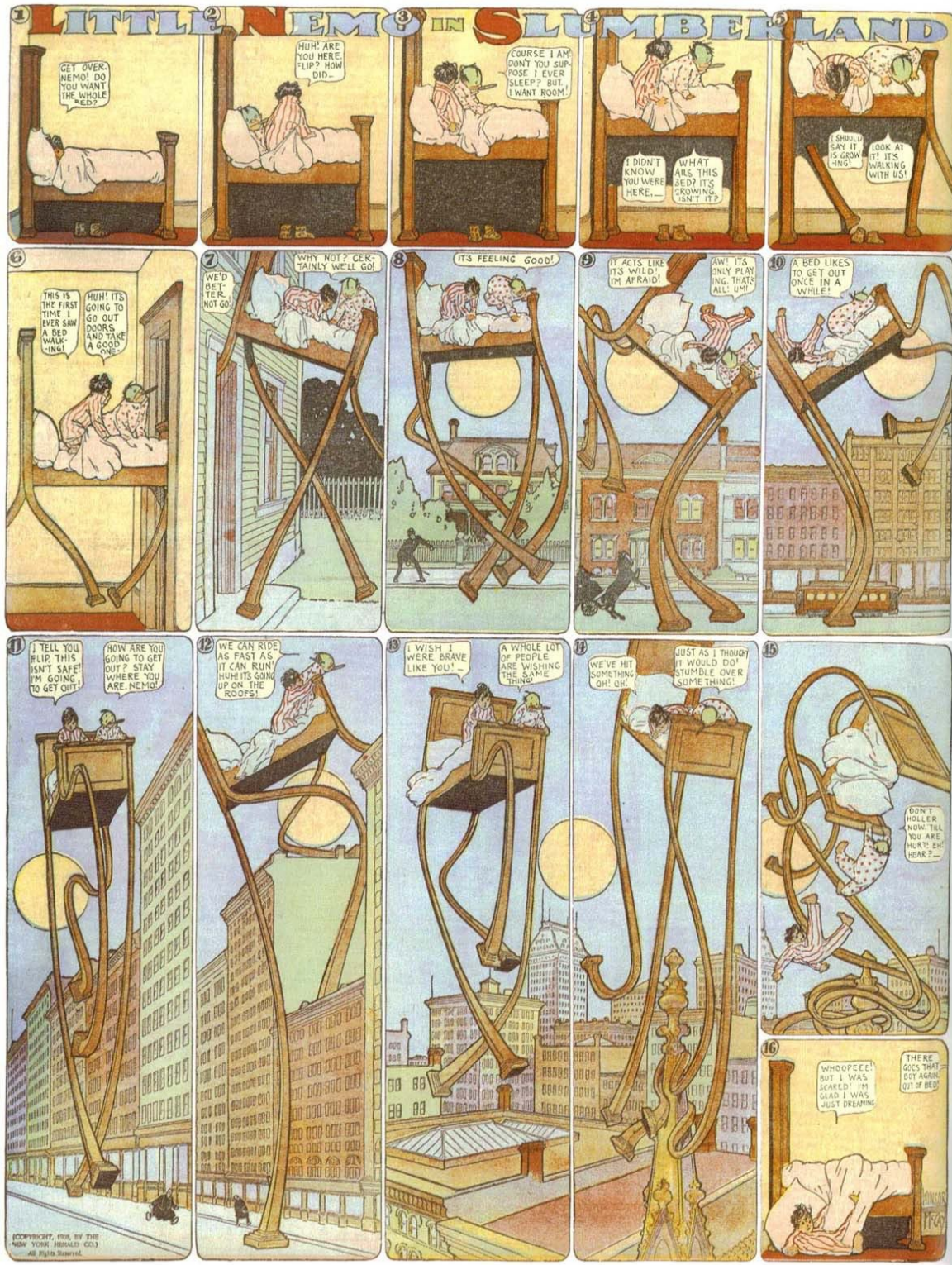


Ilustración 5: Little Nemo in Slumberland. 1905. Autoría: Winsor Mc Cay.

Para el proyecto de intervención, se realizaron las sesiones de arteterapia, exclusivamente en la modalidad denominada “cama a cama”, de manera que se trabajó con cada niño o niña, a solas en su habitación⁵. Lo interesante de esta modalidad es que hace posible tratar temas mucho más íntimos y permite proporcionar al paciente un ambiente de seguridad y confianza.

Hemos de tener en cuenta que el hecho de realizar las sesiones cama a cama, implica acceder a las habitaciones en las que se encuentran los niños que, debido a un aislamiento por motivos de seguridad, debido a la gravedad de su enfermedad, o por otros motivos de carácter más psicológico, no salen de la habitación.

Los contratiempos, imprevistos o sorpresas que podemos encontrar a la hora de realizar las sesiones en las habitaciones son muchas y de orígenes muy diferentes. Ocurre que en ocasiones no hay niños en la planta que se encuentren con fuerzas debido la medicación, por estar recién operados, o porque simplemente no tienen ánimo de hacer nada. También puede ser que estén dormidos o merendando.

Otras veces ocurre que el niño al que tenemos previsto ver, tiene visitas y la habitación está llena de personas, también nos podemos encontrar en ocasiones con el rechazo de nuestra propuesta por parte del familiar, o con que la hora de la sesión de arteterapia coincide con los fisioterapeutas. También en este ámbito es muy frecuente que el personal sanitario tenga que entrar en la habitación (y por ende en la sesión), por razones justificadas. Es tarea del arteterapeuta y también de todo el equipo, permitir que se ofrezca este espacio seguro, evitando la interrupción injustificada de una sesión, de tal manera que el paciente pueda sentirse en confianza. Es imprescindible ofrecer al paciente un marco seguro y confortable, ya que “si no se siente seguro ni acogido, no podrá jugar ni crear”. (Marxen, 2011: 54). Tras la experiencia en las plantas se presenta una sugerencia al respecto. Lo primero sería hablar con el personal sanitario, informando sobre la importancia de no entrar en la habitación, ha no ser que sea por una causa justificada y necesaria. Otra sugerencia es colocar en la puerta de la habitación un mensaje que indique que se

⁵ En muchas ocasiones los padres o acompañantes de niño en ese momento, nos dejan a solas durante el tiempo que dura la sesión, en otras ocasiones prefieren permanecer en la habitación.

está realizando una sesión de arteterapia.⁶

Hay otra circunstancia que se da de manera constante: la incertidumbre de no saber si podremos tener continuidad o no con los niños. A continuación se presenta un diagrama de flujo con las posibilidades que podemos encontrarnos a la hora de saber o no si podremos tener una determinada continuidad con los pacientes.

La siguiente tabla y gráfico indican como en el 76,5% de los casos no es posible saber si tendremos continuidad o no con el paciente. Los datos fueron obtenidos de los 17 pacientes con los cuales se hicieron las prácticas por lo que la cifra es representativa.⁷

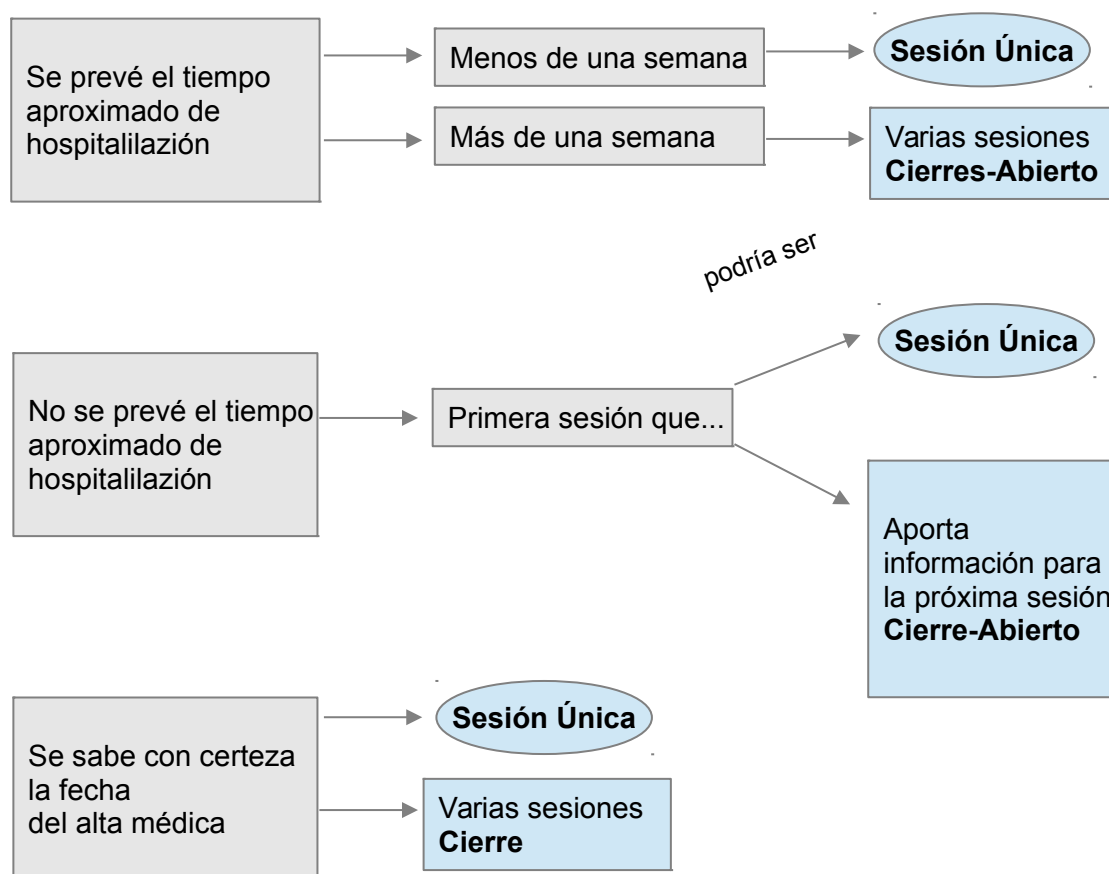
Grado de conocimiento de la posibilidad de continuidad en las sesiones	Frecuencia
Se sabe con certeza si habrá o no habrá continuidad	4
No se sabe con certeza si habrá o no habrá continuidad	13
TOTAL	17

Seguidamente, se presenta un diagrama que presenta las posibilidades con las que nos podemos encontrar tanto en la primera sesión, como en consecutivas. El lector detectará que en muchos casos lo que se ha de plantear a la hora de despedirse del niño, es un “cierre-abierto”.

Este “cierre-abierto”, sobre el cual se reflexiona más adelante, deja abierta la posibilidad de continuar la siguiente semana en el caso de que el niño continúe hospitalizado y al mismo tiempo es una despedida, en caso de que le den el alta médica o de que por otros motivos no podamos verle más.

⁶ El mensaje podría estar diseñado con colores y dibujos, de manera que sea creativo y simpático.

⁷ Habría que pensar también en que nos podemos encontrar casos en los cuales se sabía con certeza que había posibilidad de continuar pero que por otras razones, finalmente no puede realizarse. Dicho porcentaje no figura en el gráfico debido a que no se dio el caso.



5.2. El Cierre - Abierto

Cuando la sesión de arteterapia se aproxima a su fin, antes de darla por concluida, se realiza el cierre, es decir, se revisan y sintetizan las principales ideas que hayan surgido durante la sesión, poniéndole por ejemplo, un título a la obra o hablando sobre la experiencia con el paciente. Hay que tener en cuenta que con niños, la fase de producción plástica suele ser más extensa que la de diálogo o cierre, ya que los niños realizan menos comentarios que adolescentes o adultos. Por otro lado existe otro tipo de cierre que requiere de una elaboración más compleja por parte del arteterapeuta, es el cierre que implica que las sesiones de arteterapia han concluido, es el cierre de la despedida.

Como hemos podido ver, la dificultad de saber con certeza si la semana siguiente a

la sesión de arteterapia, podremos realizar otra sesión, es habitual. Por ello se plantea la posibilidad de un “cierre-abierto”. Es decir una “despedida provisional”. De esta manera no hay una despedida definitiva y la puerta queda entreabierta.

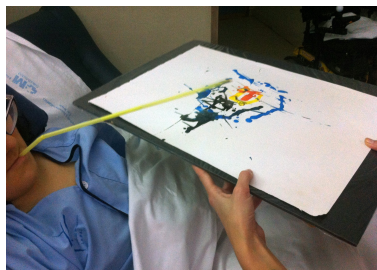


Ilustración 6: Jazmín realizando su obra. 13 años. Fotografía propia.

Un ejemplo de cierre-abierto podría ser, decirle al niño, (tras haber dialogado sobre la experiencia vivida tras la sesión y antes de marcharnos): *“Si la semana que viene sigues en el hospital, vendré a verle otra vez, aunque espero que para la siguiente semana ya estés en casa”*. También se le puede preguntar, qué materiales le gustaría usar la próxima vez, o qué le gustaría hacer. De esta manera la despedida es abierta porque el niño sabe la semana siguiente podrá contar con la sesión de arteterapia si continúa hospitalizado y es cerrada, porque se está formulado a modo de despedida. El cierre-abierto puede ser muy apropiado cuando no se tiene la certeza de si habrá continuidad.

5.3. La sesión única de arteterapia en la hospitalización pediátrica

Es muy frecuente que cuando se realizan intervenciones arteterapéuticas, el arteterapeuta no sepa con certeza en número de sesiones que podrá plantear. Independientemente de ese conocimiento, lo más probable es que en la modalidad cama a cama, el máximo de sesiones que reciba un paciente sean tres o cuatro.

A pesar de contar con un tiempo muy reducido, el arteterapeuta debe modular cuidadosamente el acceso del sujeto a su propio material emocional, con el fin de evitar un aumento de la descompensación con un brusco afrontamiento de la situación. (Domínguez & Totosaus, 2005: 132). M. Günter destaca la importancia de controlar que el rápido acceso a los procesos internos y la fluida transferencia, “no descompensen la estructura emocional del sujeto”. (Günter, 2002, citado en Domínguez & Totosaus, 2005: 135).

Los procedimientos empleados en una SUAT se encuentran dentro de las

disciplinas habituales de la arteterapia, aunque evidentemente, han de ser adaptados, modificados o reinventados en función de las circunstancias concretas.

M. López Cao (2006: 26) nos recuerda que en arteterapia el proceso creativo “opera en un espacio y tiempo simbólico”, donde realidad, tiempo y espacio se suspenden mientras dura la sesión de arteterapia. En una única sesión de arteterapia se puede, por tanto, jugar a ser, a ganar o a perder y en definitiva a crear un sin fin de posibilidades en ese “espacio potencial”. (Winnicott, 1971: 135).

Es evidente que una SUAT tiene limitaciones en algunos aspectos, como por ejemplo, la elaboración de la relación triangular, ya que el vínculo entre paciente y arteterapeuta no se puede dar en tan poco tiempo. No obstante, como en cualquier sesión de arteterapia, las técnicas y actividades empleadas intentan que el paciente cree “algo” que pueda provocar cambios favorables en la persona y que estos cambios puedan permanecer después de que haya acabado la sesión. La obra que crea el niño puede ser una útil herramienta para evocar los cambios, es decir, que si el niño disfrutó pintando su dibujo, cada vez que lo mire, el dibujo le aportará el recuerdo de la sensación de bienestar y en definitiva, ese recuerdo podrá aportarle bienestar. El arteterapeuta puede ayudar al niño a cargar de significado su obra.

En una sesión de arteterapia, se invitó a un niño (al que nos referiremos como Almo), a llenar de plastilina unas jeringuillas. Cada jeringuilla contenía una sustancia (a la cual Almo daba nombre, color y cantidad).

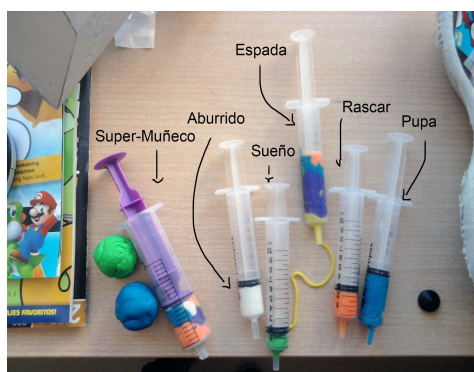


Ilustración 7: Obra de Almo. Fotografía propia.

“sueño”, “aburrido”, “rascar”, “pupa”, “espada” y “super-muñeco”. La jeringuilla del supermuñeco tenía varios colores de plastilina y era la preferida del niño. Almo dijo que si te pinchaban con super-muñeco, te convertías en Super-Almo. Entrando en su juego: “le receté antes de irme una inyección de super-muñeco cuando se sintiese aburrido, cansado o siempre que la necesitase”.

A continuación se muestran unas tablas en las cuales podemos apreciar el número

de sesiones que se realizaron en las diferentes plantas. Las tablas han sido elaboradas con respecto a las prácticas realizadas en 2012/13, con un total de 17 pacientes, y con respecto a las 64 sesiones realizadas cama a cama por Laura Rico, las cuales constan en su tesis doctoral, publicada en 2006. Podremos comprobar que un 88,89% de los casos tuvieron 3 sesiones o menos de arteterapia cama a cama. El 74,07% participaron en 2 o menos, y un 56,79% fueron sesiones únicas de arteterapia. Estos porcentajes han sido calculados con una muestra de 81 pacientes de menos de 18 años, hospitalizados en La Paz en los años 2006, 2012 y 2013.

Sesiones de arteterapia en 6ª Planta 2006

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Sesión	20	51,28%	51,28%
2 Sesiones	6	15,38%	66,67%
3 Sesiones	6	15,38%	82,05%
4 Sesiones o más	7	17,95%	100,00%
TOTAL	39	1,00%	

Sesiones de arteterapia en 7ª Planta 2006

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Sesión	15	60,00%	60,00%
2 Sesiones	6	24,00%	84,00%
3 Sesiones	3	12,00%	96,00%
4 Sesiones o más	1	4,00%	100,00%
TOTAL	25	100,00%	

Total Sesiones de arteterapia 2006

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Sesión	35	54,69%	54,69%
2 Sesiones	12	18,75%	73,44%
3 Sesiones	9	14,06%	87,50%
4 Sesiones o más	8	12,50%	100,00%
TOTAL	64	100,00%	

Cama a Cama. La sesión única de arteterapia en la hospitalización pediátrica.

Sesiones de arteterapia en Pediatría I 2012/13

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Sesión	6	60,00%	60,00%
2 Sesiones	0	0,00%	60,00%
3 Sesiones	3	30,00%	90,00%
4 Sesiones	1	10,00%	100,00%
TOTAL	10	100,00%	

Sesiones de arteterapia en Pediatría III 2012/13

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Sesión	2	100,00%	100,00%
2 Sesiones	0	0,00%	100,00%
3 Sesiones	0	0,00%	100,00%
4 Sesiones	0	0,00%	100,00%
TOTAL	2	100,00%	

Sesiones de arteterapia en 7ª Planta 2012/13

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Sesión	3	60,00%	60,00%
2 Sesiones	2	40,00%	100,00%
3 Sesiones	0	0,00%	100,00%
4 Sesiones	0	0,00%	100,00%
TOTAL	5	100,00%	

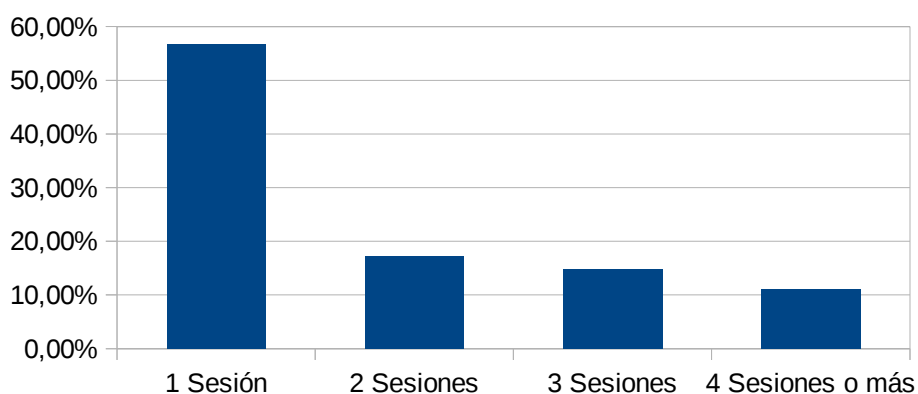
Total Sesiones de arteterapia 2012/13

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Sesión	11	64,71%	64,71%
2 Sesiones	2	11,76%	76,47%
3 Sesiones	3	17,65%	94,12%
4 Sesiones	1	5,88%	100,00%
TOTAL	17	100,00%	

Total Sesiones de arteterapia 2006, 2012/13

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
1 Sesión	46	56,79%	56,79%
2 Sesiones	14	17,28%	74,07%
3 Sesiones	12	14,81%	88,89%
4 Sesiones o más	9	11,11%	100,00%
TOTAL	81	100,00%	

Total sesiones de arteterapia, 2006, 2012/13.



Como podemos comprobar, de 81 casos, solo 9 alcanzaron a realizar cuatro sesiones de arteterapia o más. Destaca otro hecho importante, y es que un 56,79% de las 81 sesiones de arteterapia realizadas en el Hospital La Paz fueron sesiones únicas. Por tanto, algo que el arteterapeuta deberá desarrollar es la capacidad trabajar en estos márgenes, que implican una adaptación de manera perseverante a los diferentes pacientes. Por lo tanto “la improvisación competente y la creatividad de poner en práctica el propio trabajo terapéutico”, (Romero, 2006: 76) formará parte del día a día de un arteterapeuta que trabaje en la modalidad “cama a cama”, en el ámbito de la hospitalización pediátrica.

5.4. El viaje de Alicia en Una Tarde Dorada.

Surcando la tarde dorada,
nos lleva, ociosos, el agua,
pues son bracitos menudos
los que empuñan los remos
pretendiendo en vano con sus manecitas
guiar nuestro curso errante.

¡Ah! ¡Qué crueles las tres!
Sin reparar en el bálsamo de aquel día
ni en el ensueño de aquella hora
¡exigen un cuento de una voz sin aliento
que ni una pluma puede soplar!
Pero ¿qué podría voz tan débil
contra el porfiar de esas tres?

Prima, imperiosa, fulmina su edicto:
«¡que empiece el cuento!»
Secunda, con tono más amable, desea
«que no sean tonterías».
Mientras que Tertia interrumpe el cuento
no más de una vez por minuto.

Impuesto, al fin, el silencio
la imaginación las lleva
en pos de esa niña soñada
por un nuevo mundo de raras maravillas
en el que los pájaros y las bestias recobran el habla
¡y casi creen estar allí de veras!

Y cada vez que ese desgraciado intentaba,
agotada ya la fuente de su invención,
aplazar la narración hasta el siguiente día:
'El resto será para la próxima vez...'
'¡Ya es la próxima vez!', a coro las tres.

Así fue surgiendo el País de las Maravillas
poco a poco; y una a una
el cincelado de sus extrañas peripecias...
Y ahora que el relato toca a su fin,
también el timón nos guía de vuelta al hogar;
alegre tripulación, bajo el sol que se pone.

¡Alicia! Recibe este cuento infantil
y deposítalo con mano amable
allí donde descansan los sueños de la niñez
entrelazados en mística guirnalda de la Memoria
como las flores ya marchitas
ofrenda de un peregrino
que las recogiera en una lejana tierra.
(Carroll, 1865, pp. 29-30).

Así da comienzo la famosa obra de Lewis Carroll, “Las Aventuras de Alicia en el País de las Maravillas”. Resulta interesante equiparar el viaje fantástico que hace Alicia por su mundo interior, mientras “surcando la tarde dorada”, flotan en su embarcación por el Támesis en compañía de Carroll y sus dos primas, a la experiencia que puede aportar el arteterapia en una realidad tan ardua como puede ser la de los niños y niñas hospitalizados.

Al igual que Carroll, el arteterapeuta deja que sea el niño quien empuñe los remos y guíe el curso de la sesión, para así dejar que el país de las maravillas aflore poco a poco, formalizándose en la obra plástica.

El poema recuerda a su vez, a la temporalidad de una sesión de arteterapia. Antes de la sesión, aún permanecemos en la realidad, en la tarde dorada, en el río Támesis, en la habitación. Después, y poco a poco, nos adentramos en el “País de las Maravillas”, guiados por la mano del niño/a. Y cuando “el relato toca a su fin, también el timón nos guía de vuelta al hogar”.

Recordando el cuento, advertimos que en la primera parte de la historia “Alicia estaba empezando a cansarse de estar con su hermana en la orilla del río sin hacer nada” y poco a poco dejándose embriagar por una especie de ensueño, se adentra

en su mundo interior a través de una madriguera. Es allí donde encuentra su país de las maravillas y donde, al mismo tiempo, trata de vencer, sus miedos y temores.

El viaje de Alicia sucede en “una única tarde” y en cambio es un largo viaje a su mundo interior. Cuando Alicia regresa a la “realidad”, todo permanece igual que antes pero hay algo en ella que es diferente. Sin darse apenas cuenta a aplicado la imaginación como un medio para explorar nuevas posibilidades.

5.5. Impresiones recibidas de las intervenciones arteterapéuticas

La experiencia vivida como arteterapeuta con niños, niñas y adolescentes hospitalizados, esta cargada de impresiones. Realizar la intervención en un gran hospital, no solo implica trabajar con los niños hospitalizados, sino que al estar dentro de un sistema, el arteterapeuta convive y trabaja con médicos, enfermeros, fisioterapeutas, celadores, voluntarios y en definitiva, con el personal sanitario. También conlleva relaciones con los familiares o tutores de los niños, conocimiento de las enfermedades y de sus síntomas, de la situación personal de los pacientes, de sus gustos, de su estado psicológico, etc. Es por ello, que el hecho de realizar intervenciones arteterapéuticas en las habitaciones de los niños, no significa que la experiencia se reduzca a ese momento. Antes de la sesión y después, se dan numerosas situaciones.

Las relaciones que se establecen con el personal sanitario son muy importantes, ya nos permite dar a conocer nuestro trabajo como una herramienta verdaderamente útil para los niños y a su vez las enfermeras, que están día y noche con los niños, nos pueden ayudar y aportar mucha información sobre los pacientes.

En muchos casos, ocurre que no podemos realizar las sesiones previstas, por lo que es muy aconsejable aprovechar esos momentos para hablar con los enfermeros, con la coordinadora, con los padres de otros niños que están por los pasillos, etc.

Por otro lado, el momento de la sesión es mágico. Cada sesión es única y nos lleva a abordar la intervención de manera diferente. Si hay una cosa que el arteterapeuta desarrolla en mayor medida, es la capacidad de adaptarse a cada momento, a cada

paciente, a cada espacio y situación distinta.

En definitiva, todas las situaciones y personas con las que el arteterapeuta comparte su experiencia, contribuyen a generar su propio imaginario de lo que puede implicar ser arteterapeuta en el ámbito de la hospitalización pediátrica. En este caso, las impresiones recibidas más significativas son las que vienen directamente de la experiencia con los niños y niñas.

Por ello se reflejan a continuación algunos de los momentos concretos vividos. Para ello se ha hecho una transcripción literal de las notas tomadas en el diario de campo, de varios de los casos que se han considerado significantes.⁸

Para identificar los casos desde el anonimato, se han empleado seudónimos en lugar de los nombres propios de los niños/as.

5.5.1. Lila, 5 años. 3 sesiones de arteterapia

En este caso pudimos comprobar la importancia de trabajar a solas con el paciente, sin familiares ni interrupciones injustificadas. Por otro lado pudimos detectar que la niña hacía muchos de sus dibujos tratando de agradarnos con ellos. Durante las 3 sesiones realizadas, Lila se mostró enérgica y muy entusiasta.

Diario de Campo:

“Lila es una niña de 5 años, española y de origen africano. Fue ingresada en el hospital por presentar serios problemas respiratorios y le han tenido que realizar una traqueotomía. Lila estuvo ingresada 3 semanas, en las cuales pudimos desarrollar una sesión de arteterapia por semana.

Durante la hospitalización no ha podido salir de la habitación por requerir de aislamiento y pasa la mayor parte del tiempo con su madre y su hermanito de 5

⁸ Cada experiencia con cada niño ha sido diferente y resulta complicado escoger aquellos “casos significantes” ya que cada intervención resultó reveladora, es decir que de cada sesión de arteterapia se aprenden cosas nuevas, por ello cada sesión es significativa. Por motivos evidentes no es posible incluir todos los casos, ni todas las experiencias, por lo que se recogen aquellos que de alguna manera me han llevado a reflexiones más amplias. No obstante a lo largo de este trabajo se hacen inclusiones con referencias a otros casos.

meses. Las sábanas de su cama están llenas de dibujos hechos con bolígrafo y no es de extrañar, que cuando vio los rotuladores diese botes de alegría en su cama. Se comporta muy bien y tienes muchas ganas de dibujar. No puede hablar pero comunica de maravilla con sus ojos y sonríe mucho, es muy expresiva. Se concentra mucho en sus dibujos pero durante poco tiempo. Es muy productiva, muchas veces usa los dos lados de un folio y ha llegado a hacer 5 dibujos en media hora. Siempre firma cuando termina un dibujo. Le encanta dibujar”.

07/11/2012: (...) “Durante la mayor parte de la primera sesión el padre de Lila estaba muy pendiente de lo que estaba haciendo, comentando mucho y corregía cosas de sus dibujos. Como resultado, Lila se ha puesto en hacer varios dibujos estereotipados y aprendidos: un sol, una luna, una mesa etc”.

14/11/2012: (...) “Da la impresión de que Lila estaba intentando hacerlo ‘bien’. Sólo hemos tenido 5 minutos al final a solas con Lila, cuando el padre se acostó en la cama de familiares con un libro. Durante este tiempo se ha puesto a dibujar de una manera más orgánica, sin parecer preocuparse tanto de lo que hacía”.

31/11/2012: (...) “Ha sido la primera vez que estaba a solas con un paciente y se trabaja mucho mejor. Por mi parte no tengo que estar pendiente de otro elemento más, que influye en todo lo que se genera y puedo centrarme más en el proceso de la niña. Y por parte de Lila, veo que se suelta más y no preocuparse por agradar a su mamá”.

5.5.2. Sol, 13 años. Ninguna sesión

El caso de Sol ha reunido muchos de los contratiempos que pueden surgir en el momento de realizar la intervención arteterapéutica.

Diario de Campo:

“Sol es una niña de 13 años que vive en Canarias con su hermana gemela, su padre y su madre. Cuando tuvo que ser ingresada en La Paz, su madre vino con ella y

ambas llevan en el hospital más de mes y medio, con el pronóstico de tener que permanecer al menos 4 o 5 meses más. Sol ha sido sometida a 2 operaciones de columna y tras una complicación en la última operación, tiene una parálisis en la parte inferior del tronco y en las extremidades inferiores, por lo que permanece tumbada en la cama todo el día.

Sol nos ha hablado de su afición por la escritura. Está escribiendo una historia de un pueblo que no tiene iglesia y hay una pareja que se quiere casar. En el lugar donde debería estar la iglesia hay una gran piedra con poderes.

Aquellos que quieren casarse lo hacen en la piedra y si el amor que hay entre ellos no es verdadero podrán concebir niños pero nacerán muertos”.

31/10/2012 (No hay sesión): *“Una de las cosas que más me ha sorprendido, ha sido su sonrisa permanente, mientras está postrada en la cama sin poder moverse, lejos de sus amigos, hermana y padre, en una ciudad que no es la suya y con la constante y servicial madre que la apoya, pero que bajo mi punto de vista, en algunos momentos puede resultar una ayuda excesiva”.*

07/11/2012 (No hay sesión): *“Cuando hemos llegado a la habitación, nos hemos enterado de que Sol tenía fiebre, por lo cual hemos tenido que suspender la sesión. No obstante hemos estado unos minutos con ella para hablar con ella”.*

14/11/2012 (No hay sesión): *“Cuando nos dirigíamos a la habitación de Sol nos hemos encontrado a su madre, que nos ha informado de que los fisioterapeutas se la habían llevado abajo a rehabilitación y que iba a comenzar un proceso de rehabilitación más largo. Nos ha extrañado mucho porque justo media hora antes hablamos con los fisioterapeutas y confirmaron que de 18:00 a 19:00 podríamos desarrollar la sesión con Sol sin interrupciones. Nos hemos quedado muy extrañadas ante la circunstancia y hemos decidido ir juntas a la habitación de otro niño. Casualmente tampoco hemos podido desarrollar esa sesión dado que el niño estaba con medicación y en compañía de cuatro adultos.*

Cuando hemos ido a la sala de enfermeros, una de las enfermeras no ha dicho que Sol estaba en la pajarera. No sabemos si estaba en rehabilitación o en la pajarera,

el caso es que para la semana que viene hemos fijado una hora que se mantendrá a partir de entonces: de 16:00 a 17:00”.

21/11/2012 (No hay sesión): *“Hemos llegado a la habitación y estaba dormida, hemos dicho que después si teníamos tiempo, nos pasaríamos de nuevo. A la hora y media hemos vuelto, pero no estaba.*

La frustración que generan los hechos nos ha quitado todo el entusiasmo que teníamos en un principio. Hoy hemos decidido cancelar las sesiones y dejar el caso”.

5.5.3. Añil, 7 años. 3 sesiones

La siguiente narración refiere a un caso complejo de un niño con serios problemas emocionales. Podremos observar como el paciente trae sus problemas, frustraciones y angustias y los proyecta al espacio simbólico, en el que están sus obras y el terapeuta. Es fácil apreciar que en este caso, Añil se aprovecha de ese “holding” (Winnicott, 1971) y de la empatía del arteterapeuta, poniéndole a prueba, lanzando todas las proyecciones con las que “ataca” al arteterapeuta para colocar en él una parte mala de si mismo. En este caso es muy importante el arteterapeuta, pueda contener las emociones desagradables del paciente, siendo consciente de ellas sin sentirse sobrecargado.

Diario de Campo:

“Añil es un niño español de origen marroquí, de 7 años de edad. Su núcleo familiar está formado por su madre, su padre y un hermano de unos 8 meses, que también permanece ingresado en el hospital al mismo tiempo que Añil.

La situación de Añil es muy delicada ya que posee una enfermedad crónica de aparato digestivo, desde que era muy pequeño. En 2011 fue trasplantado y permaneció ingresado en el Hospital de la Paz casi un año entero, ahora en 2012 ha reincidido al tener un problema con el trasplante.

A parte de sus problemas de salud, Añil tiene serios problemas con el vínculo

familiar. Su madre no parece hacerse cargo de él, en cambio, permanece constantemente en la habitación del bebé, (habitación que se encuentra enfrente de la de Añil), encargándose los cuidados que pueda necesitar y ajena a Añil.

Su padre está trabajando en Ávila y en los periodos de tiempo en los cuales Añil está en el hospital, no ve a su hijo, salvo en raras circunstancias. Durante el año que Añil permaneció ingresado, su padre fue al hospital en muy pocas ocasiones y la madre al ponerse enferma tubo que volver a Ávila, dejando a Añil pasar su enfermedad y su trasplante a solas en Madrid.

Esta situación y desvinculación familiar data de años atrás, cuando a la madre se le murió una niña por la misma enfermedad que tienen en la actualidad Añil y su hermano pequeño. La niña murió cuando la madre estaba embarazada de Añil y esto provocó en la madre un fuerte choque emocional, que desde entonces dificultó severamente el vínculo entre madre e hijo”.

23/01/2013: “Después de un primer dibujo (prácticamente pre-esquemático), que realiza en pocos segundos, decide que quiere hacer una tortuga con plastilina.

Escoge los colores sabiendo con antelación dónde los va a aplicar: Azul para la tortuga, morado para las patas y rojo para la boca. Cuando ya ha dado forma a todas las partes, se para y dice que quiere ver las cosas que hay en la caja. Le propongo elegir las cosas que más le gusten para ponérselas a la tortuga. Esta parte del proceso dura unos 15 minutos y una vez que ha elegido todos los materiales decide que ya no quiere hacer la tortuga y que lo guardemos todo “para los niños”.

(...) Para finalizar le propongo que haga un collage para él y tras decirme varias veces que para él no, que para mí; decide hacerlo para él. (...) Una vez preparados los materiales le doy la opción de pegarlos uno por uno o de volcarlos todos sobre el papel con cola, J2 decide rápidamente volcarlo todo.

Antes de terminar le digo si lo quiere dejar así o añadir algo más, entonces coloca con cuidado un trocito de tela que corta en ese momento. (...) Tras el momento de catarsis, Añil es capaz de pegar ese trocito de tela en el lugar que él decide”.

30/01/2013: (...) *“La sesión en general resulta caótica, con constantes interrupciones, aparece la desgana, el enfado con el material, el aburrimiento, la amenaza a la arteterapeuta con auto-herirse, etc”.*

06/02/2013: *“Le propongo a la madre participar de la sesión (Mandala entre dos. Nos encontramos en el centro), aunque no parece muy convencida al final accede. Los tres entramos en la habitación de Añil que parece entusiasmado. Durante la sesión se producen innumerables idas y venidas por parte de la madre, hasta que finalmente nos quedamos los dos solos a los 20 minutos. (...) Lo primero*



Ilustración 7: “Mandala”. Añil. 7 años.
Fotografía propia.



Ilustración 8: Dibujo ¡1, 2 3! Añil. 7 años.
Fotografía propia.

que hace Añil es pintar un garabato en la parte de su madre, mientras ella va pintando ordenadamente y cambiando de color de vez en cuando hasta que vuelve a salir de la habitación repentinamente.

(...) De repente Añil comienza a hacer garabatos con agresividad, apretando mucho el lápiz y al momento empieza a hacer agujeros con el lápiz en los dibujos, en un momento determinado me mira y me pregunta si puede hacerlo, le digo que puede dibujar como él quiera, y continúa, esta vez con tanta fuerza que no para hasta que rompe la punta del lapicero. Entonces paramos, y coge otro lápiz y juega amenazando con tirármelo y me lo tira. Dice que ya no quiere más, se baja de la cama, apaga las luces de la habitación y sale cerrándome la puerta

mientras me dice: -Ahora te quedas ahí sola. Me quedo unos 5 minutos sentada en la misma posición mientras espero a que vuelva. Cuando regresa, se asoma por la puerta y al verme, cierra de nuevo. Al cabo de unos segundos abre la puerta de nuevo, entra, enciende las luces y se acerca a mi. (...) Después nos despedimos y salgo de la habitación. Añil va hacia el mostrador de las enfermeras y yo voy para allá para recoger unos materiales. Entonces me tira la plastilina a la cara, la vuelve a coger y me vuelve a amenazar. De nuevo me tira la plastilina, me da un puñetazo y se va. Cuando salgo de la planta le vuelvo a ver y nos despedimos. Yo me dirijo a él con cariño y Añil se despide y me sonrío.

(...) El momento en que Añil a catalizado más sus emociones a través de la expresión artística, ha sido cuando a comenzado a hacer garabatos con fuerza y a agujerear los dibujos con la punta del lápiz.

Este gesto es revelador ya que por primera vez aparece la sublimación. Sería interesante profundizar en este sentido.

Son muchas las dificultades que han surgido en tan solo tres sesiones con Añil: La inestabilidad, la falta de atención o de permanencia en una técnica o material, su mal comportamiento, su conducta agresiva en ocasiones, aparecen amenazas de auto-herirse, rechazo hacia la arteterapeuta, hacia la actividad, etc.

En estas circunstancias, la capacidad de autocontrol y la paciencia han de estar bien desarrolladas y los sentidos alerta para no caer en el error de seguir el juego del niño, que no hace otra cosa que expresar como se siente, como es tratado. Repitiendo patrones que probablemente vengan de esa relación familiar sin vínculo.

Aunque la necesidad más imperante es la de favorecer el vínculo entre madre e hijo a través del arteterapia y si éste fuese un objetivo difícil de alcanzar, simplemente el hecho de que Añil pudiese exteriorizar y comprender su rabia, su ira y su agresividad, ya sería muy positivo para él”.

5.5.4. Blue, 8 años. 1 sesión



Ilustración 9: "El Monstruo". Blue, 8 años. Fotografía de elaboración propia.

El caso de Blue representa a otros casos, en los cuales el niño en la primera sesión (que como en este caso fue la única), quiere hacer muestra de todo su repertorio artístico, de las cosas que sabe hacer o que ha aprendido en el colegio, etc. Es un gran desafío para el arteterapeuta, conseguir que en tan poco tiempo el niño pueda soltarse y dejar a un lado los dibujos estereotipados. A su vez el caso de Blue fue una sesión en la cual se presentó de nuevo, el saber estar del arteterapeuta, y su capacidad de mantener la calma ante los imprevistos.

Diario de Campo:

"Blue es un niño de 8 años que padece asma aguda. Permanece hospitalizado dos días ya que su ingreso es puntual debido a un fuerte ataque de asma y se encuentra en la cama ya que está recibiendo una dosis de oxígeno. En la habitación se encuentra la abuela que permanece todo el tiempo en la habitación al lado del niño.

05/12/2012: Al principio, Blue parece mostrar interés aunque a medida que avanza la sesión comienza a evadirse del dibujo incluso llegando a preguntarnos que si no nos aburriríamos haciendo esto. Solamente parece soltarse y alejarse de lo ya aprendido durante los últimos 10 minutos de la sesión cuando se le propone hacer un garabato, curiosamente en ese preciso momento la abuela sale al baño dejando al niño solo con nosotras, que da rienda suelta a su imaginación, necesidades o impulsos en los 10 últimos minutos de la sesión.

"Hazlo sin querer hacer nada", son las palabras empleadas, para tratar de darle a Blue el empujoncito que necesitaba para soltarse. El resultado ha sido muy positivo ya que después de hacer el garabato ha dibujado un monstruo encima, con una sonrisa la cual ha tachado cuando ha hecho el comentario de que es un monstruo

malo. Después ha comenzado a tachar a todos los pececillos que había dibujado anteriormente y decir: “Muerto”, “muerto”, “todos muertos”. Y a hacer garabatos y tachones por todo el dibujo, entre gestos de satisfacción”.

5.6. Propuestas para la atención al menor hospitalizado mediante la sesión única de arteterapia

Mediante la arteterapia podemos mostrar como las actividades creativas pueden ser “aliadas en la enfermedad y el dolor”, permitiendo desarrollar espacios propios de auto-conocimiento y reflexión. Según Laura Rico (2006) para hacer una aproximación adecuada a la práctica de la arteterapia en la hospitalización pediátrica, la actuación ira encaminada a:

- Fomentar la comunicación entre el niño, la familia y el equipo.
- Potenciar la participación activa de los padres cuando sea posible o adecuado.
- Reforzar y mantener aquellos mecanismos adaptativos empleados por el paciente y su familia, para enfrentarse a la enfermedad y su tratamiento.
- Preparar al niño ante pruebas médicas e intervenciones quirúrgicas con el fin de liberarle de su ansiedad.

Estos aspectos, claves en la práctica arteterapéutica implican una buena adaptación y una organización coherente de las sesiones.

Generalmente las sesiones de arteterapia constan de tres partes: en la primera hay una introducción en la que se da una bienvenida y se comunica en qué consiste la arteterapia y cual es el procedimiento a seguir; la segunda parte corresponde a la ejecución de la obra artística y en la tercera parte y final, se establece un diálogo entere el paciente y el arteterapeuta sobre los trabajos realizados y sobre cómo ha transcurrido la sesión. A continuación se exponen estas fases más desarrolladas y pensadas para la SUAT en hospitalización pediátrica.

5.6.1. Previo a la sesión

Lo primero a lo que nos obliga una intervención arteterapéutica en hospitales es a informarnos sobre las patologías que puedan presentar los pacientes con los que vamos a tratar. Es importante conocer la literatura médica ya que hace posible una mejor comunicación con el personal sanitario y nos prepara, al mismo tiempo, para comprender mejor a pacientes y familiares. Antes de comenzar es necesario hacer una selección de los niños y niñas que podrían realizar la actividad. Debemos de realizar esta acción a diario ya que siempre habrá niños nuevos, otros que han sido dados de alta, cambios de planta, etc. Por lo tanto es importante informarnos primero sobre aquellos niños que pueden realizar la sesión. Dando prioridad a aquellos niños que ya han realizado alguna sesión, debido a que tras la primera intervención, siempre se ofrece la posibilidad de continuar en caso de permanezca en el hospital y siempre y cuando lo desee. Una vez sabemos los niños a los cuales vamos a visitar es necesario recoger información sobre ellos a través del equipo médico o de la coordinadora. Es conveniente solicitar la siguiente información:

- Nombre y edad.
- Patología y características.
- Alergias a posibles materiales.
- Estado físico y anímico del niño y de la familia.
- Cuidados especiales (vías, aislamientos, uso de guantes, mascarillas, etc).

Una vez hemos recogido toda la información se establece el primer contacto con el niño y su familia. Lo primero será presentarnos y presentar el servicio que ofrecemos a los pacientes, informando a padres o tutores sobre la actividad. Para una buena comunicación y dado que este hecho puede resultar algo cansado y repetitivo para el arteterapeuta,⁹ resulta muy práctico hacer entrega de díptico informativo. (Ver

⁹ Prácticamente el 60% de las sesiones son sesiones únicas y esto implica empezar de nuevo en un 60% de las ocasiones, con sus respectivas presentaciones, resolución de dudas, etc. Al ser la arteterapia una terapia de reciente implantación en el hospital y aún bastante desconocida en

anexo I).

Por lo general en las primeras sesiones, se cuenta con unos materiales básicos y unos temas previos prefijados para los diferentes objetivos principales en la atención hospitalaria. Antes de comenzar, el arteterapeuta hará una adecuación a cada situación concreta. Esto supone ajustar el plan previo con rapidez, teniendo en cuenta, según Laura Rico (2005: 142-143), los siguientes factores:

- Características del niño, edad, gustos personales, capacidades, etc.
- Características de la enfermedad, aparatos que condicionan su movilidad, seguridad de las vías, etc.
- Características del momento concreto: estado de ánimo, actividad anterior en la planta (payasos, merienda, escuela, limpieza...), medicación y sus efectos secundarios, etc.
- Características propias del material: Habrá que hacer una selección, adecuando esto a las otras circunstancias citadas.

5.6.2. Durante la sesión

La actividad siempre será acompañada en todo momento por el arteterapeuta, pudiendo ser desarrollada a partir de la dinámica del juego creativo con materiales mixtos, ya sean artísticos: lápices, rotuladores, acuarelas, plastilinas, cartulinas o materiales hospitalarios: mascarillas, guantes, sábanas, jeringuillas, tiritas, etc.

En ocasiones contaremos con la presencia de los padres, familiares o tutores.¹⁰ En

España, lo más normal es que nos encontremos con pacientes y familiares que por primera vez escuchan el término. La labor de comunicar en qué consiste la arteterapia es de especial importancia.

¹⁰ Antes de la sesión es favorable ofrecer la posibilidad de salir de la habitación durante el tiempo que dure la misma. En ocasiones muchos padre o familiares pueden pensar que tienen que permanecer en la habitación y por ello no salen. Muchos padre y familiares aprovechan este momento para tomar el aire, coger fuerzas, o simplemente para oxigenarse de un ambiente tan cerrado. También suele pasar que muchos padres o familiares prefieren permanecer en la habitación.

ese caso, según lo percibamos podemos hacer la actividad en conjunto para favorecer la comunicación y el juego entre ambos.

5.6.3. Tras la sesión

Poco antes de dar por terminada la sesión, es conveniente hacer una pequeña reflexión adaptada al niño, sobre la actividad. Esto puede ser por ejemplo, en el caso de haya hecho un personaje, ponerle un nombre o preguntarle cosas sobre él. También podemos hablar sobre su estado de ánimo, si se encuentra mejor, si se ha divertido con la actividad, qué es lo que más le ha gustado y lo que menos, porqué, etc. Después de un breve diálogo, es el momento de despedirse del niño o de hacer un acuerdo de próximas sesiones. Dependerá del caso, que tengamos que hacer un cierre definitivo, o bien un cierre-abierto.

En caso de que lo creamos conveniente se puede hacer entrega de material de apoyo, de manera que el niño pueda continuar su proceso artístico.

Para finalizar podemos hacer entrega a los padres un cuestionario de satisfacción, después del taller y a su vez, algo que puede resultar muy positivo para la familia es hacerles una devolución de los aspectos positivos detectados.

Una vez fuera de la habitación, ya sea en el propio hospital o fuera de éste debemos hacer la recogida de datos empleando las herramientas que hayamos escogido: notas, diario de campo, registros, etc. (Ver anexos II y III).

Si en la sesión hubo un arteterapeuta y un observador, o dos arteterapeutas, es muy favorable compartir la información detectada y las impresiones recibidas, de manera que podamos tener una visión mas amplia de lo acontecido. La observación conjunta nos da una imagen más amplia de las necesidades que se han podido detectar del niño, así como patrones de comportamiento, expresión, etc.

5.6.4. Posibilidades y aplicaciones de la Sesión Única de Arteterapia

A continuación se presentan una serie ocasiones en las cuales puede ser muy beneficioso para el niño hospitalizado, el realizar una sesión única de arteterapia.

5.6.4.1. SUAT en hospitalizaciones puntuales

Hay muchos casos de niños, que debido a una enfermedad puntual o una urgencia son hospitalizados durante un “corto” periodo de tiempo. Estos niños suelen estar asustados ante una situación desconocida y ante el impacto conmocional de sus padres, ya que al ser una hospitalización repentina e inesperada, el susto puede ser considerable.

Los niños y niñas que se encuentran en esta situación pueden beneficiarse de la sesión de arteterapia como un medio a través del cual expresar las emociones contenidas por el shock, desahorarse, tranquilizarse, divertirse y/o comunicar, a su manera lo que están viviendo en ese momento.



Ilustración 10: “Monstruo de las galletas de cuatro ojos”. Malva 8 años. Fotografía propia.

Hemos realizado algunas sesiones únicas con niños que se encontraban en esta situación y se ha comprobado como la sesión les ofreció un espacio necesario para poder expresar su vivencia. Amy, de 10 años de edad, ha sido una de las niñas a la que acompañamos en su proceso de creación. Fue intervenida en urgencia por una grave peritonitis. Esto ocasionó tanto en la familia como en la niña un fuerte choque emocional, ya que la niña, en palabras de la madre: “se podría haber muerto”. Cuando fuimos a verla, la niña tenía fuertes dolores y apenas se podía levantar de la butaca.

Eso no le impidió recibir con entusiasmo la propuesta y realizar cuatro actividades diferentes en una hora. Durante toda la sesión permaneció muy activa y ansiosa de hacer más y más cosas, disfrutando cada minuto. Su madre también se relajó y después de la sesión ambas estaban más animadas. La madre de Amy nos dijo que después del ingreso de la niña (hacia 3 días), era “la primera vez que la veía sonreír”.



Ilustración 11: "Sin título".
Índigo. 5 años. Fotografía propia.

Otro caso que vale la pena mencionar, fue el de Índigo, un niño de 5 años a quien habían operado de apendicitis. Pudimos detectar que el pequeño tenía la necesidad de expresar y entender lo que le estaba pasando. Cuando empezó a crear comenzaron a aparecer partes corporales en el siguiente orden: Pies, tripa, huesos y cabeza. Durante el proceso empleó muchas veces la palabra "tripa" y permaneció durante más tiempo trabajando la parte de la tripa del muñeco que otras partes del cuerpo. Pudimos, por tanto, ofrecer al niño en una única sesión, la oportunidad de exteriorizar y "dar cuerpo"

a aquello que estaba experimentando y que no podía expresar mediante el lenguaje hablado.

5.6.4.2. SUAT para normalizar entorno hospitalario

Una manera de que los niños que permanecen largos periodos de tiempo en sus habitaciones, puedan familiarizarse con el entorno hospitalario, es a través de la transformación de los utensilios del hospital. Los pacientes pueden conocer y valorar otras funciones que puede tener ese material, encontrar nuevas aplicaciones, reflexionar sobre las sensaciones que aportan, experimentar un nuevo uso de estos materiales, "neutralizando posturas de rechazo o de temor frente a los mismos", recontextualizar el objeto y "modificarlo para que pueda ser contemplado desde diferentes puntos de vista". (Moreno, Abad & López, 2011, pp. 135-151). Otra característica fundamental es que el uso de estos materiales para la creación, pone al alcance del del niño, elementos que tienen implicaciones exclusivamente sanitarias, y por lo tanto son materiales cargados miedo, rechazo o desconfianza.

Mediante el empleo de materiales sanitarios para las sesiones de arteterapia es posible que el niño cargue de aspectos positivos esos mismos objetos, al darles una vida nueva y al ver que pueden ofrecer muchas posibilidades.

5.6.4.3. SUAT para potenciar la participación activa de los padres o familiares

Cuando sea posible o adecuado, podremos invitar a los padres, familiares o tutores a disfrutar de la sesión con el niño. Esto puede ayudar al re-establecimiento del control de la situación. De esta manera los padres se convertirán en “co-terapeutas” y para ello tendremos que orientarles y enseñarles en la medida de lo posible. (Rico, 2006).

Los padres asustados por la situación que están viviendo, participan en la actividad y se relajan al ver a su pequeño disfrutar, esto es percibido por el niño que al ver a su padre o madre más tranquilo, se tranquiliza también.

Es un efecto en cadena, que como consecuencia puede ofrecer bienestar tanto a los niños, que en muchas ocasiones se sienten responsables de su enfermedad, como a los padres.

5.6.4.4. SUAT para la preparación ante intervenciones quirúrgicas

Una operación constituye una situación de ansiedad tanto para el menor como para las familias afectadas. El estrés emocional les supera y con frecuencia, no saben cómo ayudar a su hijo a sobrellevar la situación. Una posible aplicación de las sesiones únicas de arteterapia podría ser para la preparación del niño y de sus familiares ante pruebas médicas o intervenciones quirúrgicas, con el fin de ayudarles a liberarse de su ansiedad.

Según Sticker y Nock (2008) existen seis rasgos de desarrollo de los niños en edad preescolar que podrán afectar a su preparación para la intervención quirúrgica.

- Experimentación del mundo a través de su percepción sensorial: lo que ven, oyen, huelen, saborean y sienten.
- Percepción egocéntrica: se ven a sí mismos como el centro del mundo.
- Se centran en los aspectos obvios de su situación. Se pueden asustar con

facilidad por las máquinas ruidosas, la extraña indumentaria del personal.

- Falta de comprensión de que un médico que les somete a un tratamiento doloroso sólo quiere ayudarles.
- Carencia de un concepto claro del tiempo.
- Incomprensión de la diferencia entre causa y efecto.¹¹

A partir de los 6 o 7 años de edad, el niño es más capaz de reflejar y hacer frente a sus sentimientos y puede comprender mejor aquello que se le explica.

La SUAT es, en este caso, una sesión preventiva y podría aplicarse tanto a los pacientes como a familiares, preparándoles psicológica y emocionalmente mediante juegos y estrategias creativas y artísticas para hacer frente a la situación. La sesión tendría que ser adaptada a la situación de cada familia y llevada a cabo, de manera individualizada y en un espacio íntimo.

La SUAT puede ser muy útil en cuando a la preparación psicológica del niño ante intervenciones quirúrgicas ya que:

- Sirve como medio para tranquilizar al niño.
- Puede ser un medio para informar al niño acerca de la intervención a la que se le va a someter.
- Ayuda a evitar situaciones de miedo, enfocando la atención del niño hacia cosas positivas.
- Es adecuada para que el niño comprenda que el médico que le somete a un tratamiento le está ayudando.¹²

La preparación del niño para la intervención quirúrgica es necesaria y la arteterapia

¹¹ Hay niños que pueden pensar que la intervención quirúrgica es un castigo por haberse portado mal, o que es normal que operen a todos los niños antes de empezar el colegio.

¹² En esta situación, un juego de roles puede ser de mucha ayuda. Por ejemplo, se pueden hacer títeres y pedir al niño que le explique a uno de ellos que necesita una inyección y después, que se la ponga.

puede ser una herramienta de gran ayuda.

Parece injustificable no informar o hacerlo de forma imprecisa a los niños acerca de la operación a las que se les va a someter, tengan la edad que tengan. Tal y como describen Sticker y Nock (2008), los niños que no han sido informados sobre su operación corren un riesgo mayor de quedarse traumatizados tras la intervención.

5.6.4.5. SUAT tras intervenciones quirúrgicas



Ilustración 12: Malva en una sesión de arteterapia. 8 años. Fotografía propia.

Al igual que podemos emplear la arteterapia como herramienta para la preparación psicológica de los niños ante intervenciones quirúrgicas, después de la operación, puede ser muy beneficioso realizar, mínimo, una sesión de arteterapia que ayude al niño o niña a canalizar y gestionar sus emociones.

A los problemas que implica el postoperatorio se le añade el hecho, de que el niño ha de ser sumamente responsable y cuidadoso durante todo el proceso de recuperación. En muchos casos esos niños están descontentos, aburridos y/o enfadados con el personal sanitario que constantemente le da instrucciones al menor o a sus familias sobre como actuar para que tras la operación no surjan complicaciones. Muchos de estos niños permanecen en aislamiento por su estado delicado. En la planta de trasplantes pudimos conocer a varias niñas que se encontraban en esta situación. Mencionaremos el caso de Malva.

Antes de conocerla las enfermeras nos comentaron que nada del hospital le gustaba y que era una niña “un poco difícil”, que estaba enfadada con todas las enfermeras y que tenía mal carácter.

Malva había sido sometida a un trasplante de pulmón con tan solo 8 años y se encontraba guardando reposo tras la operación. En la sesión de arteterapia se le propuso hacer manchas en papeles usando la pintura directamente del bote. Malva

no solo gastó los 5 botes de pintura, sino que cuando terminó nos pedía más. Pasó toda la hora riendo por el sonido que hacía la pintura al caer y quedó muy contenta con todas sus obras, pidiéndonos que volviésemos otro día. En ningún momento vimos a la niña enfadada de la que nos habían hablado.

Hay que darles voz a los niños y niñas que se encuentran en una situación tan delicada y si la voz no es suficiente, o no es el medio más adecuado, hay que proporcionarles los recursos adecuados para su edad, de manera que puedan exteriorizar su enfado, su malestar, su tristeza o alegría y en definitiva, sus emociones y sentimientos.

6. CONCLUSIONES

Como hemos podido comprobar, en el presente trabajo se han tratado de analizar las posibilidades de la sesión única de arteterapia en el ámbito de la hospitalización pediátrica, así como elaborar una serie de propuestas para la aplicación de las sesiones únicas de arteterapia en casos concretos; con el fin de explorar maneras de aportar el mayor grado de bienestar al menor hospitalizado, cuando disponemos de tiempos breves. Tras la elaboración del mismo, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Mediante una sesión única de arteterapia es posible generar un mejor manejo y una mayor resolución de conflictos emocionales, haciendo una adecuación a cada situación concreta. Es decir, ajustando el plan previo con rapidez, teniendo en cuenta las características del niño, de la enfermedad, del momento concreto y del material.
- El arteterapeuta puede ayudar a disminuir el desajuste emocional que la enfermedad pueda causarle al niño, mediante la aplicación de una única sesión de arteterapia, empleando estrategias creativas adaptadas a cada caso y focalizando la sesión en las potencialidades del menor y de sus familiares.
- A través de la creación, en una sesión única de arteterapia es posible proporcionar al niño ingresado, herramientas a través de las cuales pueda canalizar sus

sentimientos, fomentando procesos artísticos libres y aportando sostén y amparo al menor, para que sienta que no está solo ante la expresión gráfica de su ansiedad o malestar.

- En una sesión única de arteterapia, el arteterapeuta puede facilitar al niño hospitalizado, una mayor comprensión de la enfermedad, empleando el juego y el intercambio de roles, creando títeres, dibujos, cuentos, etc.

En definitiva, el arteterapia es una herramienta muy eficaz en el ámbito de la hospitalización pediátrica, ya que puede proporcionar en tiempos muy breves: un entorno de seguridad, un espacio potencial lleno de posibilidades y sobre todo un lugar para el juego y la creación, permitiendo a los niños y niñas que están hospitalizados comunicar y exteriorizar las emociones, pensamientos y sentimientos que llevan dentro y que en muchas ocasiones no saben como gestionar o exteriorizar.

Las sesiones únicas de arteterapia, además de ayudar a expresar lo que emocionalmente angustia al menor, mejoran la comunicación personal, el conocimiento de sus propias potencialidades y son un potente distractor. Como hemos comprobado, la dificultad de tener una continuidad con el paciente es frecuente, no obstante, una única sesión de arteterapia puede mejorar el grado de bienestar del niño, así como aportarle seguridad, tranquilidad y confianza. En esa única sesión, acciones como golpear el barro, dejar caer chorros de pintura o dibujar violentos garabateos sobre el papel, pueden representar la oportunidad de dar libre salida a sentimientos.

Es importante que los niños y niñas que permanecen en sus habitaciones hospitalizados sean protagonistas, que se les invite a decir, contar y expresar plásticamente, que puedan crear a partir de lo que piensan o sienten, ya que la creación actúa como acción reparadora y únicamente la creación, en palabras de Melanie Klein (citada en López & Augustowsky, 2007: 221), “expresa presencia”, conformando una nueva realidad. Es por ello que la expresión plástica y/o visual ha de ser parte integrante de cualquier programa en pro de la salud.

7. GALERÍA DE IMÁGENES



Ilustración 14: Manchas hechas por Malva. 8 años. Fotografía propia.



Ilustración 13: Manchas tras doblar el papel. Malva. 8 años. Fotografía propia.



Ilustración 16: Manchas hechas por Malva. 8 años. Fotografía propia.



Ilustración 15: Manchas tras doblar el papel. Malva. 8 años. Fotografía propia.



Ilustración 17: 1era pintura de Violeta, hecha en la 1ª sesión. 11 años. Fotografía propia.



Ilustración 18: 3ª pintura de Violeta, hecha en la 1ª sesión. 11 años. Fotografía propia.



Ilustración 20: "Peces". Obra de Malva. 8 años. Fotografía propia.



Ilustración 19: "Sin título". Obra de Ámbar. 17 años. Fotografía propia.



Ilustración 21: "Sin título". Obra de Ámbar. 17 años. Fotografía propia.

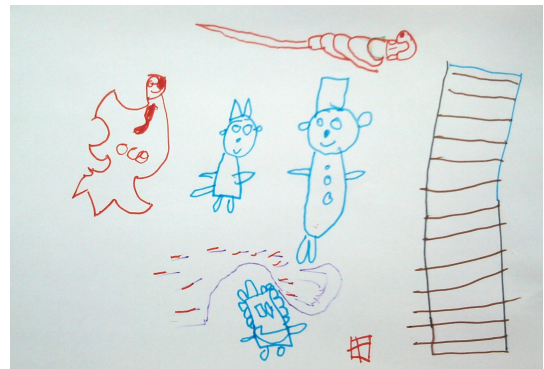


Ilustración 22: "Muñecos de nieve". Almo. 7 años. Fotografía propia.



Ilustración 23: "Sin título". Obra rota por Malva. 8 años. Fotografía propia.



Ilustración 24: "Manchas". Almo. 7 años. Fotografía propia.

Cama a Cama. La sesión única de arteterapia en la hospitalización pediátrica.



Ilustración 26: "Sin título". Agua. 12 años. Fotografía propia.

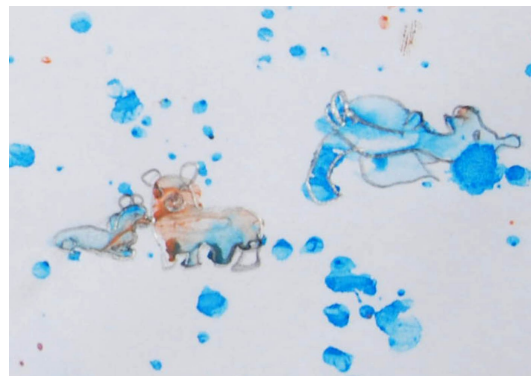


Ilustración 25: Detalle de "Sin título". Agua. 12 años. Fotografía propia.



Ilustración 28: "Títeres" Violeta. 11 años. Fotografía propia.



Ilustración 27: "Abalorios" Violeta. 11 años. Fotografía propia.



Ilustración 30: "Elefante con alas". Obra de Coral. 8 años. Fotografía propia.



Ilustración 29: "Tormenta Horrores". Obra de Blanca. 13 años. Fotografía propia.

8. BIBLIOGRAFÍA

Agostino, V. (2010). *Fundamentos: Enfoques*. Recuperado de <http://apuntesarteterapia.blogspot.com.es/2010/04/fundamentos-enfoques.html> (consulta: 15 de febrero de 2012).

Aguilera, P. (2003). *Ansiedad en niños de siete a once años durante y después de la hospitalización*. Facultad de enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Recuperado de <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149322.PDF>

Aguilera, P & Whetsell, M.V. (2007). *La ansiedad en niños hospitalizados*. Recuperado de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000200009&lng=es&nrm=&tlng=es (consulta: 07 de enero de 2013).

Agudo, L.; Castro, E.; del Rio, M.; Peña, I. & Pérez, I. (2010). *Arteterapia en hospitalización pediátrica: un paso más hacia la humanización de la asistencia sanitaria*. Recuperado de http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/72544be2-35a9-441c-a9fe-1e65dece0a48/52e969f0-d49c-444a-8b90-2782cd585ce1/Arteterapia_hospitalizacion_pediatica_t.pdf consulta: 07/03/ 2013).

Belver, M.; Moreno, C.; & Nuere, S. (2005). *Arte infantil en contextos contemporáneos*. Madrid, España: Ediciones Eneida. Puntos de Vista 8.

Belver, M. & Ullán, A. (2010). Mediadores ambientales simbólicos en los centros de salud: el papel del arte en la humanización de los hospitales infantiles. *Arte, Individuo y Sociedad*, 22(2), 73-81.

Boeree, G. (2003). *Teorías de la personalidad: Carl Rogers*. Recuperado de <http://www.ship.edu/~cgboeree/rogersesp.html> (consulta: 12 de noviembre de 2012).

Castillo, I.; Jiménez, J.; Moreno, L.; Sánchez, P.; Sánchez, I. & Tarín, E. (2009). *El estudio de casos. Métodos de investigación educativa*. UAM. [en línea] <http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf> [consulta: 12/11/2012].

Collette, N. (2011). Arteterapia y cáncer. *Psicooncología*, 8(1), 81-99.

Dalley, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona, España: Editorial Herder.

Eisner, E. W. (2004). *El arte y la creación de la mente: El papel de las artes visuales en la transformación de la conciencia*. Barcelona, España: Paidós.

Fernández, A. y López-Cao, M. (2011). *Contar con el cuerpo: La construcción de la subjetividad femenina*. Madrid, España: Fundamentos.

Fiorini, H. (2006). *El psiquismo creador: Teoría y clínica de procesos terciarios*. Buenos Aires. Argentina: Nueva Visión.

Formaino, L. (2011). Abordaje arteterapéutico de un caso de inhibición creativa. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 6, 105-118. Madrid, España: Servicios de publicaciones UCM.

Frederick, R. (1985). Children traumatized by catastrophic situations. In S. Eth and R. Pynoos (Eds.), *PostTraumatic Stress Disorder in Children*. Washington, DC: American Psychiatric Press, (pp. 73-99).

Gómez-Restrepo, C. (2008). Técnicas de psicoterapia breve en psiquiatría de enlace. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(1), 100-112.

González R.; Angélica, R.; Martínez, R.; Cano, M. & Carmen, del. C. (2009). Los colores

que hay en mí: Una experiencia de arte-terapia en pacientes oncológicos infantiles y cuidadores primarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(1), 77-93.

Hsin-Hsuan, H. (2012). *El espejo en la praxis: los reflejos de las imágenes y reflexiones en la práctica*. (Trabajo Fin de Máster). Universidad Complutense de Madrid, España.

Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención Primaria*, 23(18), 496-502.

López Fdz. Cao, M. (2011). *Memoria, ausencia, e identidad: El arte como terapia*. Madrid, España: Eneida.

López Fdz. Cao, M. (coord). (2006). *Creación y posibilidad: Aplicaciones del arte en la integración social*. Madrid, España: Fundamentos.

López Fdz. Cao, M. & Martínez Díez, M. (2006). *Arteterapia: Conocimiento interior a través del arte*. Madrid, España: Tutor.

López Fdz. Cao, M & Augustowsky, G. (2007). El negro es el color, o ¿para qué dibujan los niños? *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, (2), 217-232. Madrid, España: Servicios de publicaciones UCM.

López, M. D. (2009). *La Intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español*. (Tesis Doctoral). Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica. Universidad de Murcia. España.

Malchiodi, C. (1999). *Medical Art Therapy with Children*. London: Jessica Kinsley Publishers.

Martínez Díez, N. & López Fdz. Cao, M. (2008). *Reinventar la vida: El arte como terapia*. Madrid, España: Eneida.

Martínez Díez, N. (2006). Investigaciones en curso sobre arteterapia en la Universidad Complutense de Madrid. *Arteterapia. Papeles de Arteterapia y Educación para la Inclusión Social*, 1, 45-67. Madrid, España: Servicios de publicaciones UCM.

Marxen, E. (2011). *Diálogos entre arte y terapia: Del arte psicótico al desarrollo de la arteterapia y sus aplicaciones*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.

Muñoz, P. & Muñoz, I. (2001). *Intervención de la familia: Estudios de casos*. Recuperado en [https://www.google.es/url?](https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fmedia.wix.com%2Fugd%2Ff2803c_cbf7558892bc18793442355d4be06c4b.pdf%3Fdn%3DEstudio%252Bde%252BCasos2.pdf&ei=cruTUfD9PKbB7AbKkoHACg&usg=AFQjCNHRVOpJnlwEQKi1wemNpqYdniK0Xg&sig2=dhvPZqm7bf_tcGtDjvJSew)

[sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fmedia.wix.com%2Fugd%2Ff2803c_cbf7558892bc18793442355d4be06c4b.pdf%3Fdn%3DEstudio%252Bde%252BCasos2.pdf&ei=cruTUfD9PKbB7AbKkoHACg&usg=AFQjCNHRVOpJnlwEQKi1wemNpqYdniK0Xg&sig2=dhvPZqm7bf_tcGtDjvJSew](https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDcQFjAB&url=http%3A%2F%2Fmedia.wix.com%2Fugd%2Ff2803c_cbf7558892bc18793442355d4be06c4b.pdf%3Fdn%3DEstudio%252Bde%252BCasos2.pdf&ei=cruTUfD9PKbB7AbKkoHACg&usg=AFQjCNHRVOpJnlwEQKi1wemNpqYdniK0Xg&sig2=dhvPZqm7bf_tcGtDjvJSew) (consulta: 03 de marzo de 2013).

Nainis, N., Paice J. A., Ratner, J., Wirth J.H., Lai, J. & Shott, S.(2006). Relieving symptoms in cancer: Innovative use of art therapy. *Journal of pain and symptom management*, 31 (2), 162-169.

Oaklander, V. (1988). *Windows to our children: A gestalt therapy approach to children and adolescents*. New York: Center for Gestalt Development.

Ortíz, A. L. (2006). Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización: Investigación, intervención, programas y técnicas. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 3(3), 84-100.

Rico, L. (2005). Salud y arte infantil: Intervención en oncología y transplantes. *Arte infantil en contextos contemporáneos*. 139-145.

Rico, L. (2007). Dolor, niños y arte. *Arteterapia: papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 87-108. Madrid, España: Servicios de publicaciones UCM.

Rico, L. (2008). Arteterapia en hospitales pediátricos. Experiencia en las plantas de Oncología y trasplantes pediátricos. *Reinventar la vida*. Madrid, España: Ediciones Eneida.

Rico, L. (2007). *Implantación del servicio de terapia a través del arte en un gran hospital*. (Tesis Doctoral). Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid, España.

Río Diéguez, M. (2009). Reflexiones sobre la praxis en Arte terapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para la inclusión social*, 4, 17-26. Madrid, España: Servicios de publicaciones UCM.

Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. (17ª ed), Barcelona: Paidós.

Sanz-Aránguez, B. & Río Diéguez, M. (2012). Enfermedad, silencio y creación artística. En *Los Umbrales de la Locura. Una aproximación fenomenológica, histórica y cultural*. Madrid, España: Editorial Complutense.

Stake, R. E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Ediciones Morata.

Sticker, E. & Nock, H. (2008). *Preparación de niños y padres para una operación de corazón*. Recuperado en <http://www.corience.org/es/vivir-con-una-cardiopatia/padres/la-salud-de-un-nino-con-cc/preparacion-para-una-operacion/> (consulta: 02 de mayo de 2013).

Ullán, A. M., & Belver, M. H. (2008): Cuando los pacientes son niños: *Humanización y calidad en la hospitalización pediátrica*. Madrid, España: Eneida.

Valladares, A. & Silva, M. (2011). A arteterapia e a promoção do desenvolvimento infantil no contexto da hospitalização. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 443-50.

Vygotski, L. S. (2007). *La imaginación y la creatividad en la infancia*. Madrid, España: Akal.

Walss, A.L. (2012). *¿Desde cuándo se utiliza el arte como terapia?* Recuperado en <http://emocionartetaller.blogspot.com.es/2012/09/desde-cuando-se-utiliza-el-arte-como.html> (consulta: 30 de diciembre de 2012].

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y Juego*. Barcelona, España: 1996. Gedisa.

8.1. Enlaces de interés

<http://catainfo.ca/cata/>

<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149322.pdf>

<http://www.americanarttherapyassociation.org/upload/whatisarttherapy.pdf>

<http://www.anzata.org/about-arts-therapy/>

<http://www.arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>

<http://www.arteterapiaforo.org/>

<http://www.arteterapiagestalt.es/>

<http://www.arteterapiahumanista.com/>

http://www.baat.org/art_therapy.html

<http://www.childrensnational.org/Visiting/ServicesForFamilies/NewHorizons.aspx>

<http://www.ecarte.info/>

<http://www.guiainfantil.com/1567/carta-de-los-derechos-del-nino-hospitalizado.html>

<http://www.corience.org>

<http://www.mountsinai.org/patient-care/service-areas/children/child-and-family-support-programs/child-life-and-creative-arts-therapy>

<http://www.psico-terapia.com/>

<http://www.publimed.org/>

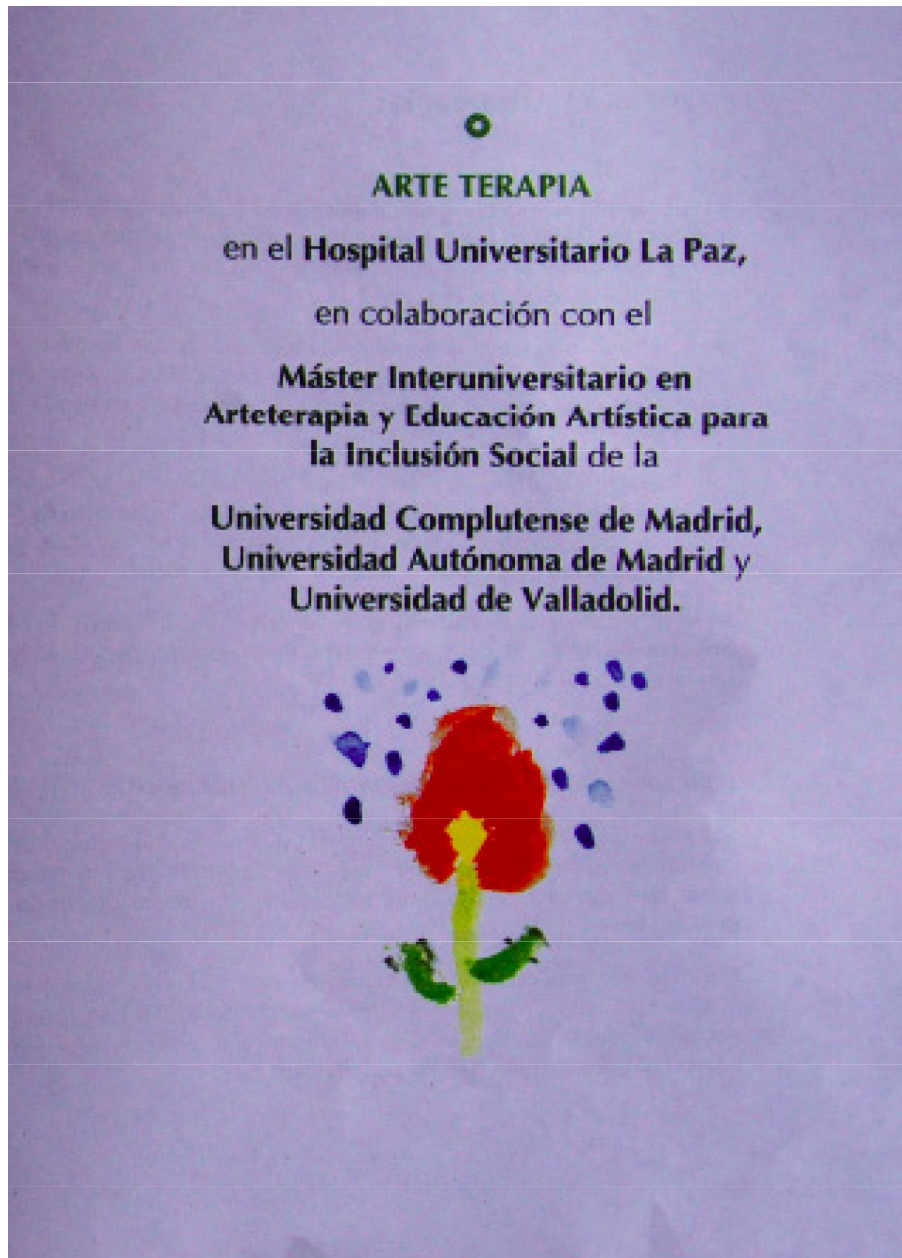
<http://www.tracyskids.org/who.php>

<http://ateinspira.wordpress.com/>

<http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE>

9. ANEXOS

9.1. Anexo I. Díptico informativo



9.2. Anexo II. Ejemplo de Anotaciones Diario de Campo

DIARIO DE CAMPO

LA PAZ PEDIATRÍA I

CASO X

Género	
Edad	
Nacionalidad	
Información básica	
Lugar	

SESIÓN:
FECHA:
DURACIÓN:

OBJETIVOS:

ENCUADRE:

ACTIVIDADES:

MATERIALES:

OBSERVACIONES:

-Comportamiento:

-Expresión artística:

-Capacidad de expresión/reflexión:

-Necesidades detectadas:

-Otras observaciones:

FOTOS:

REFLEXIÓN PERSONAL:

9.3. Anexo III. Ejemplo de Hojas de Registro

FICHA DE REGISTRO

MIÉRCOLES

Seudónimo: Añil

Género: Niño

Fecha: 06/02/2013

Edad: 07

Nº sesión: 03

Nacionalidad: Español/Marroquí

Nombre de la Sesión: Mandala entre dos.

Información básica:

Trasplante intestinal.

CONDUCTA

	1	2	3	4	
Exigente	X				No exigente
Estable				X	Inestable
Tranquilo				X	Intranquilo / Inquieto
Responsable			X		Irresponsable
Pacífico				X	Agresivo
Comunicativo		X			Inhibido
Receptivo				X	Cerrado
Complaciente				X	Disruptivo
Seguro				X	Inseguro
OBSERVACIONES					

PROCESO

	1	2	3	4	
Acepta el material				X	Le cuesta aceptar el material
Se toma su tiempo				X	Lo hace deprisa
Se distrae con otras cosas Ajenas al proceso	X				No se distrae con otras cosas ajenas al proceso
Confía en sus capacidades		X			Preocupada/o por sus errores
Muestra concentración				X	Parece distraído/a
Valoriza su ejecución			X		Desvaloriza su ejecución
Se involucra			X		No se involucra
Elige con confianza		X			No se puede decidir
Independiente en el trabajo		X			Dependiente en el trabajo
Expresa con claridad aquello que Quiere representar.				X	Expresa con dificultad aquello que Quiere representar.
OBSERVACIONES					

RELACION HACIA LA PROPIA OBRA

	1	2	3	4	
Positiva				X	Negativa
Se identifica	X				No se identifica
Expresa tolerancia a sus Resultados				X	No expresa tolerancia a sus Resultados
Emplea metáforas				x	No emplea metáforas
Si le desagrada, no culpa a un Ajente externo	x				Si le desagrada, culpa a un ajente Externo
Tiene una actitud crítica				x	No tiene una actitud critica
Le gusta hablar de lo que ha hecho				x	No le gusta hablar de lo que ha hecho
Observaciones					

CARACTERÍSTICAS FORMALES DE LA OBRA

Simétrica				X	Asimetría
Dinámica	X				Estática
Proporcionada			X		Desproporcionada
Fría		X			Cálida
Corresponde a su etapa				X	No corresponde a su etapa
Geométrica		X			Orgánica
Pobre (simple)	X				Compleja
Uso de la repetición de elementos		X			No repetición
Presencia de elipsis				X	No elipsis
Existe relación con la anterior obra					No hay relación con la anterior
Tiene su propio lenguaje expresivo			X		Emplea imágenes estereotipadas
Usa metáforas				X	No usa metáforas
Refleja aspectos positivos				X	Refleja aspectos negativos
Hipérbole				X	No hay hipérbole
Observaciones					

HABILIDADES SOCIALES

	1	2	3	4	
Se relaciona con confianza	X				Muestra inhibición/desconfianza
Es participativo/a		X			Se aísla
Comparte	X				Incapaz de compartir
Valora aportaciones	X				Rechaza aportaciones
No genera conflictos				X	Genera conflictos
Autónoma/o	X				Busca la aprobación/refuerzo
Acepta comentarios	X				No acepta comentarios
Se ofrece para ayudar		X			No se ofrece para ayudar
Pide ayuda cuando no sabe algo		X			Si no sabe algo, no pide ayuda
Cuando se equivoca asume su Responsabilidad		X			Cuando se equivoca niega su Responsabilidad
Actitud corporal abierta		X			Actitud corporal cerrada
Interactúa con los demás		X			No interactúa con los demás
A la hora de trabajar en equipo es dominante		X			A la hora de trabajar en equipo se muestra sumiso
Observaciones					

TEMÁTICAS EN LA OBRA

	1	2	3	4	
Refiere la obra su vida anterior a la Enfermedad				X	No refiere la obra su vida anterior a la Enfermedad
Refiere la obra a su situación actual				X	No refiere la obra a su situación actual
Trata el tema de la muerte				X	No trata el tema de la muerte
Trata el tema de la enfermedad				X	No trata el tema de la enfermedad
Trata el tema del dolor				X	No trata el tema del dolor
Trata el tema de la familia			X		No trata el tema de la familia
Trata el tema de los amigos				X	No trata el tema de los amigos
Trata el tema del amor				X	No trata el tema del amor
Crea para sí mismo/a				X	Crea para otros
Observaciones					
<p>No aborada directamente e tema de la familia, pero en la actividd que realiza con su madre que consiste en aceptarlos límites hasta llegar al centro del mandala donde se dibuja y pinta en conjunto, lo primero que hace es romper esos límites, pintando directamente en el espacio destinado al dibujo de su madre.</p>					

9.4. Anexo IV. Certificado Prácticas La Paz



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID
FACULTAD DE EDUCACIÓN
-Centro de Formación del Profesorado-

ANEXO I

El presente Anexo se incorpora al Convenio de Prácticas suscrito entre la UCM (*Máster Universitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión social*) y (*nombre de la empresa/institución*), firmado el de de .

DETALLE DE LAS PRÁCTICAS

ALUMNO	Sandra Blanca Aranda		
DIRECCIÓN	Av. de Zamora Nº4	D.N.I.	05292350-6
FECHA DE INCORPORACIÓN	31-10-2012	FECHA DE FINALIZACIÓN:	13-03-2013
JORNADA DE PRÁCTICAS	HORAS AL DÍA (orientativo):	2 horas	DÍAS DE LA SEMANA (orientativo): TOTAL HORAS 144 horas
EMPRESA/INSTITUCIÓN DONDE SE REALIZAN LAS PRÁCTICAS: Hospital La Paz . Madrid			
TUTOR DE LA EMPRESA/INSTITUCIÓN:	María Román		
TUTOR DE LA UNIVERSIDAD:	Julio Romero		
CONTENIDO DE LAS PRÁCTICAS Arteterapia con niños ingresados, en su habitación Horas: Pediatría I y III: 108 hrs/ Trasplantes: 36 horas			

El alumno abajo firmante, declara su conformidad para realizar prácticas, al amparo del Convenio arriba citado a fin de completar su formación, ateniéndose a las normas contempladas en dicho Convenio.

El alumno se compromete a mantener la más estricta obligación de confidencialidad sobre toda aquella información a la que pueda tener acceso, como consecuencia de realización de las prácticas objeto del presente Convenio.


Y, en prueba de conformidad, firman el presente documento, por triplicado ejemplar, en Madrid, el (fecha) de (mes) de (año).

Firma del Coordinador del Máster en la UCM,

Firma del tutor (empresa / institución),

Firma del alumna,


Fdo. María Román López Fdz. Cao Fdo. María Román


Fdo. Sandra Blanca Aranda

9.5. Anexo V. Horas. Intervenciones en La Paz

	octubre 2012					noviembre 2012					diciembre 2012					enero 2013					febrero 2013					marzo 2013			
	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J	V	L	M	X	J
	1	2	3	4	5				1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4					1				
La Paz Pediatría I													2																
La Paz Trasplantes														2											2				
	8	9	10	11	12	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	7	8	9	10	11	4	5	6	7	8	4	5	6	7
La Paz Pediatría I								2					2										2						
La Paz Trasplantes										0								2		2								2	
	15	16	17	18	19	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	14	15	16	17	18	11	12	13	14	15	11	12	13	14
La Paz Pediatría I								3										2					2						
La Paz Trasplantes										2										2								2	
	22	23	24	25	9	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	21	22	23	24	25	18	19	20	21	22	18	19	20	21
La Paz Pediatría I				1				2										2					2						
La Paz Trasplantes										2										2									
	29	30	31			26	27	28	29	30	31					28	29	30	31		25	26	27	28		25	26	27	28
La Paz Pediatría I			2					2										2					2						
La Paz Trasplantes										2																			
TOTAL HORAS	3					15					6					14					10					4			
TOTAL HORAS X 3	328					356					318					366					303					12			

TOTAL horas TOTAL horas X 3 TOTAL

La Paz Pediatría I	27	81	147
La Paz Trasplantes	22	66	

Cama a Cama. La sesión única de arteterapia en la hospitalización pediátrica.

Cama a Cama. La sesión única de arteterapia en la hospitalización pediátrica.

Sandra Blanca Aranda

Tutor: Julio Romero

Trabajo Fin de Máster: Master de arteterapia y educación artística para la inclusión social.

Año académico: 2012/2013

