



**U**niversidad  
**C**omplutense  
**M**adrid

## **MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL**

### ***ENCUADRANDO CORAZONES***



Anónimo. Street Art in Berlin. Kai Jakob

### **TRABAJO FIN DE MASTER**

**CURSO: 2012-2013**

**ESPECIALIDAD: Ámbito social, clínico y educativo**

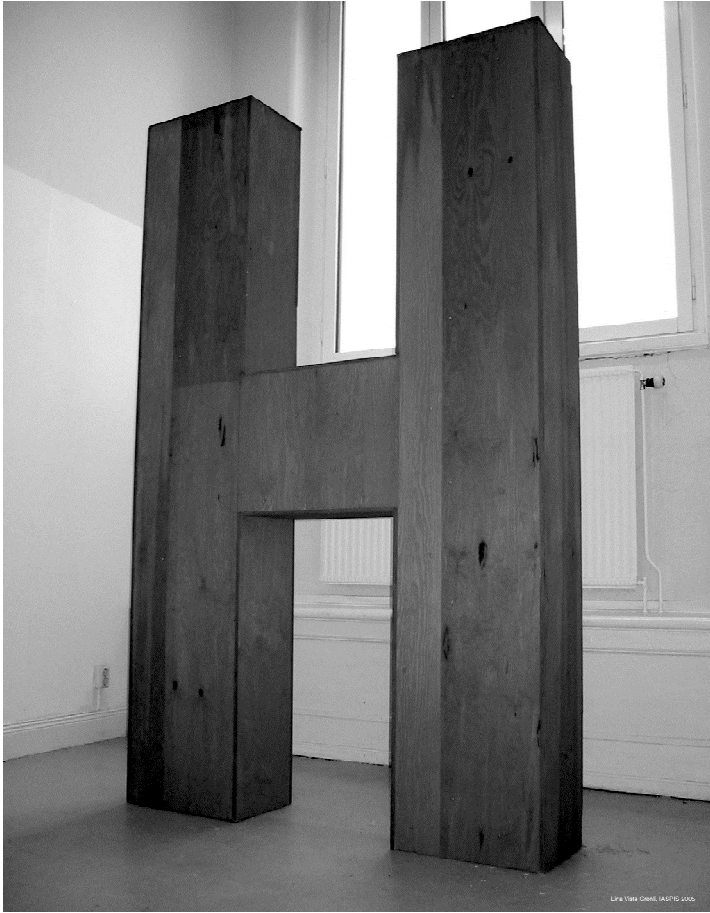
**ADRIANA COCK MONCADA**

**D.N.I:51.948319-J**

**TUTORA: MARIÁN LÓPEZ F.DEZ CAO**

**Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica  
Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid**

## AGRADECIMIENTOS - DEDICATORIA



'H' (as in: How Dare You Concern Yourself With Art When There's Obviously a Million Better, More Important / Sensible Things to Do?)

Lina Viste Grønli  
(2005)

Agradecida con todos aquellos que creyeron que mediante el arte se pueden hacer un millón de cosas sensatas, extraordinarias e importantes: Fundación Menudos Corazones, Máster en *Arteterapia* y *Educación Artística para la Inclusión Social*, Marián López F.dez Cao, Laura Rico y la Acuariana por quien me embarqué en este *Nave*.

*Al que Fue, es y será, a ÉL sea toda la Gloria.*

*A Alice, madre y amiga*

*A los que estuvieron ahí para reír, pero también para llorar.*

*A quienes, valientemente, trabajan en los Hospitales cada día.*

## ÍNDICE

<b>1. RESUMEN/ABSTRACT /PALABRAS CLAVE</b>	<b>4</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>6</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>6</b>
<b>4.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>6</b>
<b>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>6</b>
<b>5. ESTRUCTURA DEL TRABAJO</b>	<b>6</b>
<b>6. ESTADO DE LA CUESTIÓN</b>	<b>7</b>
<b>7. MARCO TEÓRICO</b>	<b>9</b>
<b>7.1 METÁFORA DEL ENCUADRE</b>	<b>9</b>
<b>7.2 EL ENCUADRE EN PSICOTERAPIA</b>	<b>10</b>
<b>7.3 EL ENCUADRE EN PSICOTERAPIA INFANTIL</b>	<b>15</b>
<b>7.4 EL ENCUADRE EN ARTETERAPIA</b>	<b>18</b>
<b>7.4.1 ARTETERAPIA</b>	<b>18</b>
<b>7.4.2 DIMENSIÓN ARTÍSTICA DEL ARTETERAPIA</b>	<b>18</b>
<b>7.5 LA PERSONA DEL ARTETERAPEUTA DENTRO DEL ENCUADRE.</b>	<b>20</b>
<b>7.5.1 EL ENCUADRE INTERNO</b>	<b>21</b>
<b>7.6 ESPACIO DE CREATIVIDAD SALUDABLE</b>	<b>22</b>
<b>8. METODOLOGÍA</b>	<b>22</b>
<b>9. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	<b>24</b>
<b>9.1 CONTEXTUALIZACIÓN / ENCUADRE INSTITUCIONAL</b>	<b>24</b>
<b>9.2 CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL CONTEXTO HOSPITALARIO Y SU INCIDENCIA SOBRE EL ENCUADRE ARTETERAPÉUTICO</b>	<b>28</b>
<b>9.3 AJUSTES REALIZADOS POR LA ARTETERAPÉUTA, EN EL ENCUADRE TERAPÉUTICO. ACIERTOS Y ERRORES</b>	<b>30</b>
<b>9.3.1 CASOS</b>	<b>31</b>
<b>9.3.1.1 TOMAS</b>	<b>32</b>
<b>9.3.1.2 GUILLERMO Y JUAN</b>	<b>35</b>
<b>9.3.1.3 ANNA</b>	<b>38</b>
<b>9.3.1.4 ÁFRICA</b>	<b>40</b>
<b>9.3.1.5 UNAX</b>	<b>43</b>
<b>9.3.1.6 GRACE</b>	<b>45</b>
<b>9.3.1.7 HALIM</b>	<b>48</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>51</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>60</b>
<b>12. ANEXOS</b>	<b>65</b>

## 1. RESUMEN - ABSTRACT

### Resumen

El presente trabajo de investigación, pretende reflexionar acerca de las dificultades que existen al interior de un hospital infantil para establecer un encuadre arteterapéutico adecuado. Así mismo, trata de dar cuenta de los ajustes que se pueden realizar en la intervención arteterapéutica con relación al encuadre, para conseguir crear un espacio de creatividad saludable que ayude a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas hospitalizados. Finalmente, intenta arrojar una luz para futuras investigaciones.

**Palabras Clave:** Encuadre Terapéutico, *Arteterapia*, Espacio de Creatividad Saludable, Proceso Arteterapéutico

### Abstract

This investigative work aims to reflect upon the difficulties that exist in a children's hospital when establishing an appropriate art-therapy framework. In this way, the present investigation attempts to cover the adjustments that can be made during an art therapy intervention in relation to the therapeutic framework; with the aim of achieving a healthy creative space that helps to improve the quality of life of hospitalized boys and girls. Finally, this work throws light on future possible investigations.

**Key words:** therapeutic framework, art therapy, healthy creative space, art therapy process

## 2. INTRODUCCIÓN

Como toda investigación, este trabajo nace de la necesidad de dar respuesta a una serie de interrogantes que surgen del trabajo desarrollado por la arteterapeuta en dos Hospitales Infantiles de la Comunidad de Madrid, en los que se estableció un Servicio de *Arteterapia* atendiendo a más de 100 niños y niñas, y a sus familias, de octubre de 2012 a abril de 2013, dentro del convenio de colaboración entre el Máster en *Arteterapia* y Educación Artística para la Inclusión Social y la Fundación Menudos Corazones.

En todo proceso terapéutico o arteterapéutico, existe algo sin lo cual éste se hace muy difícil, a lo que Bleger denomina como un no-proceso, no siendo otra cosa que el encuadre terapéutico (HERNÁNDEZ, 2009). En este sentido, el encuadre queda definido como el conjunto de constantes gracias a las cuales puede desarrollarse el proceso, constituyéndose, de esta manera, en el marco que lo alberga y generando una relación de continente/contenido. Así mismo, el terapeuta o arteterapeuta también forma parte de ese encuadre, siendo junto al lugar donde se desarrolla la terapia, las principales constantes del proceso (Schaverien, 1989).

Y aunque se conoce que este marco debe ser lo más estable posible, si bien esto no equivale a aplicar de forma estricta y sin matices una serie de reglas (Tous, 1993), la realidad es que las condiciones hospitalarias que la enfermedad física impone a los pacientes, influyen mucho en el encuadre arteterapéutico. La presencia habitual del dolor físico, la reducción de movilidad, el deterioro general, la fatiga rápida, los grandes altibajos emocionales, la frecuencia de las pruebas exploratorias, susceptibles de interrumpir una sesión, y en el caso de los pacientes menores de edad, la presencia constante de la familia o acompañantes en la habitación, son algunas de las principales dificultades a las que se enfrentan aquellas personas que trabajan como arteterapeutas en un contexto hospitalario, lo que les plantea el reto de flexibilizar su intervención y determinar de alguna manera las características de un nuevo encuadre específico (Collette, 2006).

Por otra parte, a esto se suma el hecho de que uno de los objetivos del proyecto de intervención presentado por las arteterapeutas a la *Fundación Mendos Corazones* para trabajar en hospitales con niños con cardiopatías congénitas, es crear un ambiente seguro y confidencial en el que los niños y niñas se puedan expresar libremente, entendiendo éste como un espacio simbólico, distinto de la cotidianeidad, en el que el paciente se sienta seguro y pueda jugar y crear de una manera transformadora y por tanto saludable.

### **3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

Teniendo en cuenta la problemática, expuesta hasta el momento se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**“¿Cómo conseguir un encuadre arteterapéutico adecuado, que resulte un verdadero espacio de creatividad saludable, en dos Hospitales Infantiles de la Comunidad de Madrid?”**

Así mismo, se desglosa esta pregunta de carácter más global en otras dos de carácter más específico:

¿Qué aspectos de la intervención arteterapéutica debe flexibilizar el arteterapeuta para adecuar el encuadre?, ¿Qué características debería tener este nuevo encuadre específico?

### **4. OBJETIVOS**

#### **4. 1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los errores y los aciertos en la intervención arteterapéutica con relación al encuadre, como espacio de creatividad saludable, en dos Hospitales Infantiles de la Comunidad de Madrid.

#### **4. 2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Discriminar las características propias del contexto hospitalario y su incidencia sobre el encuadre arte terapéutico.
- Describir los ajustes realizados por el arteterapeuta en el encuadre.

### **5. ESTRUCTURA DEL TRABAJO**

El trabajo está estructurado de la siguiente manera. En la primera parte, después de realizar una revisión bibliográfica y documental de las investigaciones realizadas con relación al arteterapia y al encuadre, se desarrolla un marco teórico en el que se lleva a cabo un análisis de conceptos tales como el encuadre terapéutico en psicoterapia (desde los distintos enfoques), psicoterapia infantil y arteterapia. Así mismo, se hace especial énfasis en la persona del arteterapeuta como parte del encuadre y se explica en qué consiste un espacio de creatividad saludable.

En la segunda parte del trabajo, se expone por un lado la metodología y por el otro el desarrollo de la investigación o trabajo de campo. La investigación, está realizada bajo el paradigma fenomenológico/interpretativo, es de corte cualitativo y usa el Estudio Colectivo de Casos como método. Así mismo, el desarrollo de la investigación se encuentra dividido en dos apartados: un primer apartado en el que se da cuenta de las características propias del contexto hospitalario y su incidencia sobre la intervención y encuadre arteterapéutico, y un segundo apartado en el que se trata de describir los ajustes realizados por la arteterapeuta en el encuadre, así como los errores y aciertos. Finalmente, en las conclusiones se intenta dar respuesta a las preguntas de investigación, a partir del diálogo con la teoría y con los resultados del trabajo de campo.

## 6. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El *arteterapia* es una modalidad de atención psicológica utilizada desde hace más de 50 años en los hospitales de EEUU y Reino Unido, donde se encuentra integrada en el sistema general de salud como un servicio más a los pacientes. En el caso de España, el *arteterapia* no es aún una profesión regularizada por el estado, siendo poco conocida tanto por el público en general, como por los profesionales sanitarios en particular. A continuación, se realiza una breve exposición de las experiencias e investigaciones sobre *arteterapia* llevadas a cabo en nuestro país en el ámbito hospitalario. Posteriormente, se procede a examinar algunos de los trabajos relacionados con el encuadre psicoterapéutico.

Según la bibliografía revisada<sup>1</sup>, los proyectos de investigación realizados en España sobre *arteterapia* con enfermos físicos en hospitales son varios. El primer proyecto de investigación, incluido en el macroproyecto "**Talleres de *arteterapia* en distintos ámbitos sociales**" patrocinado por la Fundación Coca-Cola en convenio con el Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica de la Universidad Complutense de Madrid, se lleva a cabo del año 2003 al 2007 en el Hospital Clínico San Carlos, el Hospital Universitario de La Paz y el Hospital Ramón y Cajal. Por otra parte, la Sociedad Española de Oncología Médica, financia en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Sant-Pau de Barcelona durante el año 2004, el proyecto "**El *arteterapia* como estrategia de alivio del sufrimiento de pacientes con cáncer en fase avanzada terminal**" (Collette, Vecino, Juan & Pascual,

---

<sup>1</sup> Se hace notar que para este análisis se ha utilizado la terminología de investigación propuesta por McMillan y Schumacher, en su libro Investigación educativa: una introducción conceptual.

2006) con la arteterapeuta Nadia Collette, como parte del equipo investigador. Así mismo, desde hace unos años, se está desarrollando en la Unidad Pediátrica del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, un proyecto de intervención e investigación llamado "**Camas de Colores**", coordinado por la arteterapeuta María del Río Diéguez. Otro proyecto de investigación a tener en cuenta, es el liderado por la arteterapeuta Isabel Soler Tarradellas al interior del Proyecto CuidArt (Proyecto de arte del Departamento de Salud del Hospital de Dénia), con el que se pretende propiciar un dialogo entre las diferentes disciplinas del arte y la medicina que permita la construcción de un entorno más humanizado (Ventura, 2011).

La mayor parte de estas intervenciones e investigaciones se realizan con enfermos de cáncer (niños, adultos y terminales), seguidos por los trabajos desarrollados en unidades de pediatría general, con enfermos crónicos de larga estancia, en fase terminal y con problemas renales (hemodiálisis). Así mismo, los enfoques psicoterapéuticos desde los que se aborda el trabajo son: el cognitivo-narrativo, el psicoanalítico y el humanista gestáltico. De igual manera, las modalidades psicoterapéuticas utilizadas son la terapia individual (cama a cama) y la terapia grupal (aula taller), dependiendo de varios factores: 1. Estado físico de los pacientes, 2. Carácter transitorio de los mismos, y 3. Infraestructura y recursos del hospital. Cabe destacar, que en los hospitales pediátricos se hace uso de ambas modalidades de trabajo.

Casi todas las investigaciones llevadas a cabo, son de carácter cualitativo y las modalidades utilizadas son investigación-acción, teoría fundamentada, estudio de caso y fenomenológico. Solo dos de ellas, las efectuadas en el Hospital Universitario Sant-Pau de Barcelona y el Hospital de Denia, son de carácter cuantitativo experimental o semiexperimental. Las técnicas de recolección de datos son las propias de cada modalidad, aunque en el caso de la investigación realizada en el Hospital Universitario *La Paz* (Rico, 2007) se hace uso de técnicas tanto cualitativas como cuantitativas. El objetivo de las investigaciones realizadas se centra en la demostrar la eficacia y los efectos beneficiosos del *arteterapia* sobre la mejora de la calidad de vida de los pacientes o en la explicar la forma de establecer un servicio de arteterapia en un gran hospital (Rico, 2007).

Por otra parte, después de realizar una búsqueda con el objetivo de conocer los proyectos orientados a investigar el *encuadre psicoterapéutico*, se puede afirmar que las indagaciones desarrolladas en este sentido son escasas. A pesar de ello, cabe destacar el proceso de investigación bibliográfica realizado por integrantes de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, en el que se da cuenta de la evolución del concepto de *encuadre* en la literatura psicoanalítica de la Revista Uruguaya de Psicoanálisis y en la

Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay; llegando a una selección de 26 artículos de la RUP y 153 artículos en revistas y/o libros (en papel) de la Biblioteca que abordan el concepto de *encuadre* de autores argentinos, franceses y anglosajones (Schroeder, Bertúa, Francia, Gómez, Ponce de León & López, 2010). Por otro lado, entre los trabajos que se centran en el *encuadre* psicoterapéutico a partir de casos clínicos (sin ser investigaciones en sí), se encuentran el de Watkins & Edward (1985), que describe y analiza los efectos potenciales de un *encuadre* de trabajo seguro en la interacción terapéutica; y el de Laor (2007) quien propone la participación constante del paciente en la construcción continua del encuadre como factor terapéutico. En el contexto español, el trabajo de Hernández Vásquez (2009) analiza la gestión del encuadre terapéutico en un centro de atención primaria de salud mental infanto-juvenil, sirviendo de punto de inflexión y motivación para la presente investigación.

Fuera del contexto hospitalario, la investigación de Huffman (2005) establece las similitudes y diferencias del proceso psicoterapéutico dentro y fuera de la cárcel, basándose para ello en los criterios del encuadre según Lang: estabilidad y neutralidad, anonimato del terapeuta, honorarios y confidencialidad.

El objetivo de esta revisión acerca de las investigaciones en hospitales españoles sobre arteterapia y de los trabajos sobre el encuadre en psicoterapia, es informar sobre el conocimiento producido respecto a estos temas y recuperar las nociones, conceptos, teorías, metodologías y perspectivas desde las cuales interrogar al objeto de ésta investigación. Teniendo en cuenta lo anterior, se considera que el presente trabajo investigativo significa un enriquecimiento de los conocimientos, sin ser una reiteración de estudios ya existentes.

## **7. MARCO TEÓRICO**

Para comprender las dimensiones del *encuadre*, se realiza un recorrido por las distintas visiones del mismo.

### **7.1 METÁFORA DEL ENCUADRE**

Encuadrar es mirar. El *encuadre* como continente visual que impone un *marco* sobre la imagen, mientras la cámara recorta perspectivas determinadas del mundo, en función de criterios narrativos, dramáticos, simbólicos o estéticos, actúa como frontera y establece los límites, separando lo que es

imagen de lo que no lo es (Villain, 1992). Encuadrar, se encuentra relacionado tanto con un punto de mira que corresponde a la situación física de la cámara, como con un punto de vista figurado, con una posición mental del fotógrafo o realizador hacia lo que se nos quiere mostrar (Chatman, 1990). Por otra parte, el *encuadre* supone una organización interna determinada, estructurando tanto los elementos del espacio representado (de la puesta en escena), como los elementos del espacio plástico (Macías Alba, 1998). Por medio de la cámara, el hacedor de imágenes, estudia y analiza a través de su lente dichos elementos en busca del equilibrio, de la armonía entre ellos.

Teniendo en cuenta lo expuesto hasta el momento, se pueden establecer conexiones entre el *encuadre* en artes visuales y el *encuadre* en psicoterapia, y afirmar que así como en la fotografía o en el cine, la imagen no se da sin más, si no que se encuentra situada en un *marco* referencial y posibilitador de la visión (Agel, Agel & Zurián, 1996), en psicoterapia y en *arteterapia*, el *proceso terapéutico* se da dentro de un *marco* precursor y posibilitador del cambio, de la transformación.

## **7.2 ENCUADRE EN PSICOTERAPIA**

A partir de la metáfora anterior, se puede destacar que cualquier tipo de encuadre, ya sea en el campo de las artes o en el de la psicología, cuenta con unos límites y unos elementos estratégicamente ubicados. Estos límites, demarcan e indican tanto lo que se halla dentro de este encuadre, como todo lo que permanece fuera, dotando de sentido y significado lo que allí acontece. Por otra parte, cabe mencionar que la importancia que se le otorgue al encuadre o marco, dependerá en gran medida del enfoque terapéutico utilizado y de la personalidad del terapeuta. Es por esto, que se hace necesario revisar el concepto de encuadre (marco) dentro de las principales corrientes psicoterapéuticas.

El psicoanálisis, en su doble vertiente (teoría de la mente y método de tratamiento) nació a finales del siglo XIX, de la mano Sigmund Freud. La clave del psicoanálisis, se encuentra en el concepto del inconsciente de la persona, el cual ejerce una enorme influencia sobre su vida y su comportamiento. Por medio del tratamiento analítico, Freud, pretende explorar el inconsciente de la persona superando las resistencias y defensas presentadas por ésta, con la finalidad de descubrir el origen de las relaciones y los patrones de vida del presente ahondando en experiencias del pasado. Concretamente, en experiencias vividas durante la infancia, las cuales se muestran como repetición de la conducta disfuncional o desadaptativa (British Psychoanalytic Association). El tratamiento psicoanalítico se distingue de otras terapias por la técnica de asociación libre, que consiste en que el

paciente hable sin ninguna inhibición a partir un tema cualquiera de su biografía. Otros conceptos importantes dentro del psicoanálisis son la interpretación y la transferencia<sup>2</sup>.

En la *situación analítica*, tal como la diseñó Freud, el paciente es tumbado en un diván de espaldas al analista. La habitación insonorizada y la iluminación suave, pretenden crear una situación similar a la del sueño y así conectar con el inconsciente. La duración y frecuencia de las sesiones es de 45 a 50 minutos, de tres a cinco veces por semana, lo que varía según la cultura psicoanalítica (Freudiana, Jungiana, Lacaniana, etc) y lo pactado en la *alianza terapéutica*, al igual que la extensión del *tratamiento* en sí (*American Psychoanalytic Association*). Por otra parte, la cuestión del dinero como pago por sesiones (honorarios), ocupa un lugar privilegiado en las reflexiones teóricas y en sus implicaciones clínicas.



Figura 1. Sala de Análisis. Casa de Freud. Londres.

Para la mayoría de los analistas, todo lo que interrumpe este encuadre, puede ser motivo de interpretación. La modificación de la estructura del encuadre por parte del paciente, puede ser entendida como algún tipo de transferencia que debe ser examinada e interpretada, si fuera necesario, por el terapeuta. Marion Milner (1952), quien habló por primera vez del marco para referirse al encuadre psicoanalítico dijo:



Figura 2. *A dangerous method* (fotograma).

El marco delimita los diferentes tipos de realidad que existen dentro y fuera de éste, pero también constituye el marco espacio-temporal que encuadra la clase especial de realidad de una sesión psicoanalítica. Y en el psicoanálisis, es la existencia de este marco lo que hace posible el pleno desarrollo de la ilusión creativa que los analistas llaman la transferencia. (p. 183)<sup>3</sup>.

En psicoanálisis, el encuadre no es sólo una disposición física, un contrato para el tratamiento y un conjunto de reglas de comportamiento. El encuadre es también la disposición mental del analista

---

<sup>2</sup> La transferencia es lo que se transfiere a las nuevas situaciones de situaciones pasadas. En el caso del psicoanálisis, la transferencia describe como el paciente tiende a basar sus percepciones y expectativas con relación al analista en relaciones anteriores (relación primaria de apego), especialmente con los padres, hermanos y otras personas importantes.

<sup>3</sup> Traducción literal del original, en Inglés.

(teorías, regla de abstinencia y atención flotante), la cual le ayuda a mantener el control sobre el tratamiento y sobre su comprensión acerca de lo que está sucediendo, formando parte, finalmente, de lo que el paciente interioriza (Goldsmith, 2008). Es por esto, que el fenómeno contratransferencial posee un gran valor dentro de tratamiento psicoanalítico, ya que si el analista es capaz de sostener sus propios sentimientos, en lugar de descargarlos (como hace el paciente), el análisis de los mismos puede llegar a ser la clave para comprender lo que le ocurre al paciente (Sandler, 1976).

Para finalizar, se puede decir que el *encuadre* o *marco* de la terapia existe en todas las orientaciones teóricas, aunque no en todas ellas se le otorga la misma importancia que en el psicoanálisis, donde se habla de *encuadre* externo y *encuadre* interno, ya que tal como afirma Modell (1990): "El fundamento del tratamiento psicoanalítico, sobre el que descansa todo lo demás, es el encuadre psicoanalítico" (p.23).

Las terapias humanistas surgieron en Estados Unidos en la década de 1950, existiendo gran variedad de ellas (Psicodrama, Terapia Gestalt, Terapia Sistémica, *Counselling*, entre otras), unidas por el énfasis en la comprensión de la experiencia humana, se centran en la persona y no en el síntoma, como ocurre en el psicoanálisis donde el terapeuta es un experto que ha de tratar a un paciente, y no un igual que ha de ayudar a un cliente. Desde las terapias humanistas, los problemas psicológicos son vistos como el resultado de la incapacidad del cliente de tomar decisiones auténticas, significativas y autodirigidas sobre su forma de vida. En consecuencia, las intervenciones tienen por objeto que el cliente se conozca y se comprenda mejor a sí mismo.

Entre los precursores del enfoque humanista se encuentran Abraham Maslow y Carl Rogers. Rogers, crea su propio modelo de terapia la Person Centered Therapy descrita como una terapia no directiva que confía en la tendencia innata de los seres humanos hacia el desarrollo de todo su potencial (*tendencia actualizante*), el cual solo puede ser desarrollado en un *ambiente*<sup>4</sup> definido por actitudes psicológicas facilitadoras, en el que el cliente logra ponerse en contacto con su propia sabiduría y autocomprensión. Rogers, en Shostrom (1965) afirma:

---

<sup>4</sup> Rogers, habla de ambiente y no de *encuadre*, este ambiente está definido por las actitudes psicológicamente facilitadoras del terapeuta, restando importancia al *encuadre externo* y dotando de importancia al *encuadre interno* del terapeuta, más aún, al encuentro entre la persona del terapeuta y el cliente.

... si puedo crear el ambiente adecuado, la relación adecuada, las condiciones adecuadas, un proceso de movimiento terapéutico ocurrirá casi, inevitablemente, en mi cliente. Ahora bien, ¿Cuál es ese ambiente?, ¿Cuáles son esas condiciones? ... (p.1)

Para Rogers, la clave a estas preguntas se encuentra en la actitud del terapeuta, en **la autenticidad** o coherencia mediante la cual el terapeuta se muestra tal y como es en su comunicación con el cliente, en **la consideración positiva** hacia el cliente, entendida como amor no posesivo o amor ágape (siempre dentro de una distancia psicológica) y en **la comprensión empática** o capacidad de ponerse, verdaderamente, en el lugar del cliente, de ver el mundo como él lo ve. La capacidad del terapeuta para establecer este ambiente y estas condiciones (cruciales para el proceso), crea un tipo de relación con el cliente que permite el movimiento terapéutico deseado.

El discípulo de Rogers, Robert Carkhuff (2000) habla de variables contextuales y ambientales como factores que modifican los efectos de la interacción terapeuta-cliente<sup>5</sup>. Para Carkhuff, las variables contextuales son aquellas relacionadas con el lugar y la modalidad de trabajo, siendo estas: la acogida, el marco ambiental (habitación acogedora y con dos asientos colocados en ángulo de 90° para poderse mirar y tener al mismo tiempo un punto de fuga), las pausas, el llanto, la duración del encuentro (entre 50 y 60 minutos), la frecuencia (encuentros semanales) y el secreto profesional (Giordani, 1997).



Figura 3. Consulta Psicoterapia Humanista

Otro modelo de terapia, dentro del enfoque humanista es el desarrollado por el psiquiatra Fritz Perls. La *Gestalt*, se centra en el proceso de la percepción humana considerando a cada individuo en su conjunto sin tratar por separado cada una de las partes que lo componen: cuerpo, mente, pensamientos, imaginación y movimiento. El *encuadre* psicoterapéutico en Gestalt, posee ciertas particularidades entre las que se encuentran disponer de espacio suficiente para el movimiento y la experimentación, y evitar cualquier barrera física (escritorios o mesas) entre el terapeuta y el cliente.

---

<sup>5</sup> Se entiende que las variables contextuales y ambientales, de las que habla Carkhuff equivalen de alguna manera al *encuadre externo*, del que habla el psicoanálisis.

Las sesiones individuales y semanales, suelen ser combinadas con terapia de grupo, terapia de pareja, talleres y retroalimentación (Nelson-Jones, 2011).

La *terapia cognitivo-conductual* engloba terapias diferentes con algunos elementos comunes. La psicoterapia conductual nace en el ámbito anglosajón (EEUU e Inglaterra) durante la revolución de la psicología científica (trabajo en el laboratorio) de mediados de siglo XX, marcada por el avance de las *teorías del aprendizaje*. A partir de las teorías del *condicionamiento clásico* de Paulov (estímulo/respuesta) y del *condicionamiento operante* de Skinner (refuerzo positivo/negativo), se desarrollan metodologías clínicas muy efectivas para el trabajo con niños, personas con dificultades de aprendizaje y personas con fobias de carácter específico. La terapia cognitiva, se desarrolla a partir de 1960 de la mano de Albert Ellis y Aaron Beck, entre otros. En ella, el terapeuta aplica a un trastorno particular el *modelo cognitivo* mediante el uso de técnicas diseñadas para modificar las creencias disfuncionales y el procesamiento erróneo de la información, característico de ese trastorno (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993). Estos dos enfoques llegan a formar un único cuerpo teórico.

En la terapia Cognitivo-Conductual el terapeuta es más directivo, marcando las pautas de acción a seguir por el cliente. El encuadre es de una consistencia media amoldándose a las demandas situacionales o a las necesidades y problemas de éste. En el tratamiento de las fobias, por ejemplo, los clientes son llevados por el terapeuta a sitios específicos<sup>66</sup>, exponiéndose de forma gradual y controlada a aquello que le causa temor, tal como hace Bandura con pacientes con ofidiofobia. Existe una tercera etapa de la terapia cognitivo-conductual (tercera ola), que comprende una amalgama de terapias tales como el Programa de Reducción del Estrés basado en la Atención Plena, la Terapia de Aceptación y Compromiso, la Terapia Dialéctica Conductual y la Psicoterapia Analítica Funcional, entre otras, con diferentes *encuadres psicoterapéuticos*, pues se encuentran todavía en fase de desarrollo (Hayes, Follete & Linehan, 2004).

En la actualidad, en psicoterapia existe una tendencia hacia una orientación teórica integradora o ecléctica. La *Psicoterapia Integrativa* es un intento de combinar los conceptos y las intervenciones de asesoramiento de más de un enfoque teórico (Stricker, 2001). No se trata por tanto, de una combinación particular de las teorías, sino que se compone de un marco para el desarrollo de la

---

<sup>66</sup> En este sentido, el *encuadre* cambia según el objetivo de la sesión.

integración de éstas con el objetivo de mejorar la eficacia, la eficiencia y la aplicabilidad de la psicoterapia. Por otra parte, el *Eclécticismo* en psicología parte de la creencia de que son muchos los factores que afectan a la persona, por lo que es importante examinar al cliente desde distintas perspectivas teóricas (Goldfried, Pachankis, y Bell, 2005). Los terapeutas eclécticos pueden aceptar algunas de las características de un enfoque concreto (conductismo), sin la necesidad de utilizar la teoría para explicar todos los aspectos del comportamiento de sus clientes. Desde una orientación integradora y/o ecléctica, el terapeuta toma de cada uno de los enfoques de psicoterapia, aquellos elementos teóricos y prácticos acerca del *encuadre* terapéutico que pueden ser útiles para mejorar el proceso (Jones-Smith, 2012).

### 7.3 EL ENCUADRE EN PSICOTERAPIA INFANTIL

Como se ha visto, el enfoque terapéutico ha determinado en gran medida tanto el *encuadre* o marco externo del proceso terapéutico como el *encuadre* interno del terapeuta, incidiendo en uno u otro de estos aspectos. ¿Pero qué ocurre con el *encuadre* en psicoterapia infantil?

A partir de la teoría del desarrollo infantil propuesta por Freud, varias son las personas que comienzan el trabajo analítico con niños. Una de ellas es su hija, Anna Freud, quien desarrolla su trabajo desde una perspectiva educativa. Anna, considera que el *encuadre* y la técnica psicoanalítica no son apropiadas para niños menores de 7 años. Así mismo, introduce ciertas novedades en el tratamiento como la fase de preparación y motivación (encuentro con el niño y elaboración de la historia clínica) y la interpretación de la primera entrevista (Blinder, Knobel & Siquier, 2004).

La imposibilidad de utilizar el mismo *encuadre* psicoanalítico propuesto por Freud con los más pequeños, lleva a la psicoanalista, Melanie Klein, a desarrollar su Técnica del Juego. Klein, pretende poder analizar el juego de los niños de la misma manera que Freud analiza los sueños de los adultos, prestando especial atención al significado de la obra plástica, a la transferencia y a la expresión de las fantasías inconscientes. Melanie, desarrolla el tratamiento con niños y niñas a partir de los 3 años, sin la presencia de sus padres. La duración y frecuencia de las sesiones es de 55 minutos, 5 veces por semana. La sala de análisis consta de una cama, un lavabo, paredes lavables, lápices y juguetes introducidos en cajas individuales para cada uno de los niños, *encuadre* imprescindible para desarrollar su técnica.

En mi habitación para análisis, sobre una mesa baja, hay pequeños juguetes de tipo primitivo: muñecos y muñecas de madera, carros, carruajes, automóviles, trenes, animales, cubos y casas, y también papel, tijeras

y lápices. Aun el niño comúnmente inhibido en el juego mirará por lo menos los juguetes, o los tocará, permitiéndome pronto vislumbrar algo de su vida compleja, ya sea por el modo cómo comienza a jugar con ellos, o los deja de lado, o por su actitud general frente a ellos. (Klein, 1987, p.19).

El pediatra inglés, Donald Winnicott, es el primer psicoanalista en utilizar el término *encuadre* (setting). Para Winnicott, el *encuadre* consiste en proveer una "madre medio ambiente", un ambiente de sostén y contención que aporte al paciente aquello por lo que, según este autor, ha enfermado: un medio ambiente no suficientemente bueno (Córdoba Sanz, 2008). Su método de trabajo con niños, es un psicoanálisis remodelado con comunicación directa (juego, palabras, gestos) o indirecta, al hablar con la madre en presencia del niño, ajustando el *encuadre* a la personalidad de sus pacientes. Para Winnicott, el juego es una forma de terapia, siendo continente y contenido del tratamiento analítico.

...el juego de los niños lo contiene todo, aunque el psicoterapeuta trabaje con el material, con el contenido de aquel. Es claro que en una hora prefijada, o profesional se presenta una constelación más precisa que en una experiencia sin horario, en el piso de una habitación, en el hogar, pero la conciencia de que la base de lo que hacemos es el juego del paciente, una experiencia creadora que necesita espacio y tiempo, y que para este tiene una intensa realidad, nos ayuda a entender nuestra tarea. (Winnicott, 2008, p.75)



Figura 4. Sesión Donald Winnicott

Françoise Dolto, educadora y psicoanalista francesa, en su práctica como docente en el Hospital Trousseau atiende a niños en presencia de médicos y psicoanalistas (hasta doce personas), logrando crear un clima de intimidad incluso en estas condiciones. Entre sus contribuciones al *encuadre* del tratamiento, se encuentra el pago simbólico, en el que el niño o niña entrega al analista un objeto (una piedra, una hoja, un dibujo, etc.) que representa simbólicamente una forma de pago, ya que pagar implica poder decidir y libera del sometimiento a otro. En su consulta, solo se trata a quien quiere entender su propio malestar, si algún niño quiere tratarse y no pagar, debe saber que sus padres están pagando por él (Blanch, 2009).

Virginia Axline, influenciada por la *Person Centered Therapy* de Carl Rogers, crea la Terapia de Juego no directiva según la cual el niño es capaz de resolver sus propios problemas por medio del juego. Axline, establece ocho principios básicos para su terapia: calidez, respeto, permisividad, hacer de espejo, límites necesarios, no directivo, aceptación y no aceleración del proceso. Violet Oaklander,

añade un enfoque de terapia Gestalt a la terapia del juego introduciendo el trabajo con los sentidos. En su búsqueda, por trabajar de una manera integral (sentidos, el cuerpo, la expresión emocional, el intelecto) con los niños y niñas, Oaklander, comienza a incluir diversos materiales plásticos-artísticos como parte del encuadre terapéutico. Para, Violet, comenzar y terminar las sesiones a su tiempo es muy importante, ya que de esta manera el cierre es claramente evidente (Oaklander, 1997).

El modelo cognitivo-conductual utilizado en psicopatología infantil, se encuentra basado en los principios teóricos y hallazgos empíricos de la psicología científica, especialmente, en los principios del aprendizaje social de Bandura, quien, en su trabajo con niños, descubre que éstos tienden a repetir los comportamientos que ven. Un claro ejemplo de esto, es su *The bobo doll studies* (Bandura, 1965), a partir del cual surgen las técnicas de modelado y refuerzo. Normalmente, el terapeuta cognitivo-conductual que trabaja con niños debe intentar por todos los medios conseguir que el niño se implique en el tratamiento. Por lo que, además de usar el juego y establecer contratos, ha de crear atmósferas relajadas y agradables, teniendo siempre en cuenta algunos aspectos sociales, éticos y legales correspondientes a los derechos del niño dentro de la terapia, tales como: derecho a la confidencialidad y derecho a un tratamiento eficaz.

Bixler (1949), expone que a pesar de que los límites son uno de los elementos universales del *encuadre* en psicoterapia, no se les presta la suficiente atención. Es por esto, que defiende que el establecimiento preciso y temprano de los límites, facilitará al terapeuta su uso con fines terapéuticos. Al hilo de esto, otros autores, recomiendan que el terapeuta infantil se muestre razonable, racional, coherente y tranquilo; estableciendo límites realistas, neutros y necesarios (Landreth, 2002).

Como se puede apreciar, un elemento común en psicoterapia infantil es el juego. De hecho, autores como Winnicott y Axline poseen planteamientos bastante parecidos, salvando las distancias. El mismo Winnicott (2008) afirma:

...esta observación nos permite entender cómo puede efectuarse una psicoterapia de tipo profundo sin necesidad de una labor de interpretación. Un buen ejemplo de ello es el trabajo de Axline (1947), de Nueva York. Su obra sobre psicoterapia tiene gran importancia para nosotros (p.75)

En la consulta de cualquier terapeuta que trabaje con niños se pueden encontrar diversos materiales con los que poder jugar (juguetes, objetos, pinturas y papeles, entre otros).

## 7. 4 EL ENCUADRE EN ARTETERAPIA

A continuación, se analizan algunos de los elementos que diferencian el *arteterapia* de la psicoterapia, examinando las particularidades del *encuadre* arteterapéutico.

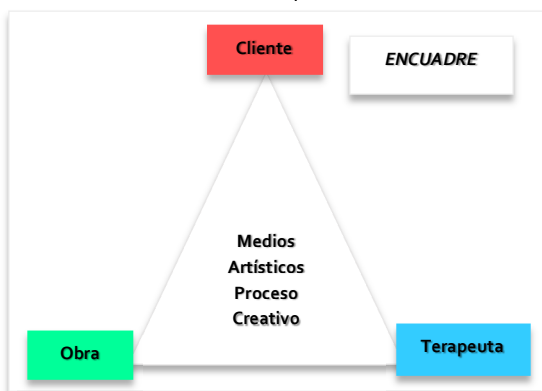
### 7.4.1 ARTETERAPIA

Para una mayor comprensión, se comienza presentando una de las definiciones de *arteterapia* (AATA):

Arteterapia es una profesión de la salud mental que utiliza el proceso creativo de hacer arte para mejorar y aumentar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades. La investigación en la materia confirma que el proceso creativo involucrado en la expresión artística ayuda a las personas a resolver conflictos y problemas, desarrollar habilidades interpersonales, manejar el comportamiento, reducir el estrés, aumentar la autoestima y la conciencia de sí mismo, y lograr un insight.

### 7.4.2 DIMENSIÓN ARTÍSTICA DEL ARTETERAPIA

Figura 5. Relación Triangular en el *encuadre* arteterapéutico



El uso de los medios artísticos y la presencia de las obras plásticas dentro del *encuadre* terapéutico generan una serie de experiencias, que convierten al *arteterapia* en una modalidad terapéutica llena de posibilidades únicas. Dichas experiencias, van a establecer las diferencias existentes en relación a las terapias con mediación verbal (López Martínez, 2009). Entre estas diferencias se encuentran: *la proyección artística, la relación triangular, la perspectiva y la distancia, la experiencia no verbal y el espacio de juego* (Jones, 2005). En psicoterapia toda la comunicación, tanto verbal como no verbal, es de doble vía, entre el terapeuta y el paciente/cliente. En *arteterapia*, la comunicación incluye una tercera dimensión: el trabajo artístico y la obra, produciéndose una relación triangular.

Teniendo en cuenta esta tercera dimensión, se hace necesario reflexionar acerca del arte y la actividad artística, para ver cómo son integrados en el *encuadre* arteterapéutico. A lo largo de la historia, y dependiendo del momento económico, político y social, el arte y el proceso creativo han sido considerados de maneras muy diferentes. Es por esto, que desde la filosofía y otros ámbitos

muchos autores reflexionan acerca del arte, planteando distintas teorías. Estas concepciones, determinan la forma en la que las personas se relacionan con el arte y con el proceso creador. Poole y Newall (2010)<sup>7</sup>, recogen algunas de estas teorías o concepciones del arte:

- La Teoría del Arte como Imitación.
- Las Teorías Estéticas del Arte.
- La Teoría del Arte como Forma Significante (formalismo).
- La Teoría del Arte como Expresión (autoexpresión).
- La Teoría del Mundo del Arte y/o Teoría Institucional.

Así mismo, la división que durante siglos ha existido entre las artes de la academia, o Bellas Artes: pintura, dibujo y escultura; y las Artes Decorativas (artesanía) de carácter práctico, público o ceremonial: joyas, bordados, cerámicas y tejidos, también determina el valor que las personas le otorgan tanto a este tipo de trabajo artístico, como a los materiales y medios utilizados para su elaboración.

Históricamente, la aparición y el progreso del *arteterapia* han estado vinculados al psicoanálisis y a la evolución del arte moderno. La experimentación con materiales y nuevas formas de ver, la expresión artística espontánea, la escritura automática y la creación artística son características importantes del S. XX que permiten el surgimiento del *arteterapia* como una nueva profesión (Karkou, Martinsone, Nazarova & Vaverniece, 2011). Quizás esto, junto a concepciones del arte un tanto restrictivas y excluyentes hace que a veces en la formación y en la práctica profesional, exista poca interacción entre el *arteterapia* y el arte contemporáneo.

En la postmodernidad, un tiempo constituido por un mosaico de posibilidades, de formas de ver y de comprender que se complementan e integran (Lyotard, 1984), más allá de la progresión de las concepciones del arte, las cuales según Toso (2006) van desde la estetización hasta el arte colaborativo, no existe una única y verdadera definición de arte. Los avances en las tecnologías de la información han originado cambios globales y transformaciones paradigmáticas en la cultura, la ciencia y la educación, y por tanto en el mundo de las artes y del *arteterapia* (Marxen, 2009).

---

<sup>7</sup> Ver ANEXO 5 Cuadro sobre las Concepciones del Arte.

El resultado de esto, es que en el arte contemporáneo se utilizan gran variedad de medios y de materiales, caracterizándose por lo siguiente, Irvine (2013):

- La aceptación de la fotografía y el video como parte del "alto arte".
- El uso de todo tipo de materiales y objetos, no solo de los tradicionalmente llamados "materiales artísticos". Materiales industriales, de la vida cotidiana, de deshecho, de la naturaleza, etc.
- La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (radio, televisión, teléfonos móviles, ordenadores, redes de hardware y software, sistemas satelitales y todos los servicios y aplicaciones asociadas a éstos).
- La hibridación o fusión de distintos medios y diversos materiales (pintura, escultura, fotografía, cine, performance y arquitectura, entre otros), aumentando las posibilidades de experimentación e innovación. La desaparición de los límites existentes entre las Bellas Artes y las Artes Decorativas.
- La apropiación y uso de imágenes comerciales de la llamada cultura de masas (Cultura Pop) o de obras de arte de otras épocas (historia del arte). El uso de estilos separados de sus contextos o asociaciones históricas y culturales.
- La reflexión y la consideración de temas e ideas con relación al papel de los objetos dentro del espacio por medio de instalaciones.

Estos medios, técnicas, materiales y el uso que desde el arte contemporáneo se hace de ellos, junto a las técnicas y los materiales artísticos "tradicionales" y los modernistas, deben pasar a formar parte del *encuadre* arteterapéutico desde una perspectiva postmoderna del *arteterapia*.

#### **7.5 LA PERSONA DEL ARTETERAPEUTA DENTRO DEL ENCUADRE.**

Si el *encuadre* terapéutico, es todo aquello que se pone a disposición del paciente/cliente, entonces se hace necesario hablar de la persona del arteterapeuta como parte esencial del *encuadre*, poniéndose al servicio del paciente/cliente durante el proceso terapéutico con todo su equipaje.

El arteterapeuta, posee una serie de **Conocimientos** que entran en juego durante el proceso terapéutico, enmarcándolo de alguna manera. Estos conocimientos tienen que ver con su formación base, el arte, la psicología, el *arteterapia* y el colectivo específico con el que trabaja. Otro de los elementos que determinan el estilo de la persona del arteterapeuta dentro del encuadre, es la **Experiencia profesional**, lo que le permite gestionar de mejor manera las distintas situaciones con

las que se encuentra. Así mismo, el arteterapeuta, realiza su trabajo desde una posición terapéutica, desde el compromiso con un *Enfoque* u *Orientación Psicoterapéutica* concreta; pero también desde una visión acerca del *arteterapia*, debatiéndose o integrando la posición propuesta por Naumburg, quien considera el *arteterapia* como una forma de comunicación más allá del lenguaje y la de Kramer, quien habla de las propiedades terapéuticas inherentes al proceso creativo<sup>8</sup>.

#### 7.5.1 EL ENCUADRE INTERNO.

El *Encuadre Interno* es el *encuadre* presente en la mente del arteterapeuta (actitud mental) y depende de los factores psíquicos del mismo, estando al servicio de la contención y elaboración de aquello que ocurre durante el proceso terapéutico. Entre sus características se encuentran: la escucha atenta a los mensajes interiores y los sentimientos que surgen hacia los pacientes/clientes y las situaciones, la libertad de expresión, y la creatividad para afrontar el proceso terapéutico.

No obstante, para que el *encuadre* interno se mantenga equilibrado, el arteterapeuta ha de cuidar de los factores psíquicos implicados por medio de la terapia personal, el diálogo con otros profesionales, el control del estrés y los recursos personales. Los recursos personales, son aquellas cosas que favorecen la salud física, mental y espiritual del arteterapeuta, como las buenas amistades, los espacios de recreación y descanso, los hobbies y las creencias; los cuales producen distensión y una mayor efectividad en su labor terapéutica (Chazenbalk, 1998).

Por otra parte, al interior del encuadre interno, se encuentran la **Actitud** y el **Compromiso** del arteterapeuta. La actitud, depende de su enfoque de referencia, del colectivo con el que está trabajando y de su propia personalidad. Casi todos los enfoques coinciden en que la actitud del terapeuta ha de ser de aceptación, empatía y autenticidad (Beck, 1983), para algunos como Carl Rogers, la actitud del terapeuta lo es todo. El compromiso, es el compromiso con el paciente/cliente, con el proceso y consigo mismo, ya que "ayudar a los demás es una tarea fascinante pero exige, por parte de quien la realiza, un profundo compromiso consigo mismo y una obligación permanente de estudio, contraste, revisión y puesta al día (López F.dez Cao, 2006, p.47).

---

<sup>8</sup> Dentro del marco en que se encuadra el proceso arteterapéutico, toda intervención se encuentra atravesada por la subjetividad del/la arteterapeuta (Del Río, 2009)

## 7.6 ESPACIO DE CREATIVIDAD SALUDABLE

Por medio del *encuadre* y de los distintos elementos que lo configuran, ya sean internos, externos o personales, el arteterapeuta trata de crear un espacio en el que el paciente/cliente pueda expresarse libremente e implicarse verdaderamente en el proceso creativo.

Winnicott (2008), lo define como un *espacio potencial* que se encuentra entre la realidad interna y la realidad externa, entre el "yo" y el "no yo". Un *espacio de juego* en el que el niño puede crear y jugar a ser o hacer lo que él quiera, en el que la labor del terapeuta consiste en sacar al paciente/cliente de un estado en el que no puede jugar, a uno en el que le es posible hacerlo.

Por otra parte, Jean Pierre Klein (2006), lo define como un espacio libre de interpretaciones y cargado de metáforas, un espacio simbólico, en el que el trabajo del arteterapeuta consiste en adecuar las condiciones, de tal manera, que el paciente/cliente experimente resoluciones simbólicas que repercutan enseguida, se dé cuenta o no, sobre él mismo. Dichas condiciones, forman parte del *encuadre*, un *encuadre* abierto y poco pesado, inductor, en tanto plantea propuestas de juego que inducen a la implicación personal del paciente/cliente, pero sin ser directivo. En este *espacio*, no se trata de trabajar sobre lo que es, si no de propiciar un movimiento hacia lo que puede ser.

Tanto Winnicott como J. P. Klein hablan de la importancia de la experiencia creadora, la creación y la creatividad. En este sentido, se podría considerar ese *movimiento hacia lo que puede ser* como un cambio, una transformación o una mejora. Se trataría, por tanto, de un espacio de *creatividad transformadora* (Romero, 2010). Retomando esta idea, se puede incidir, en la importancia de la persona del arteterapeuta en tanto constructor de un contexto de trabajo en el que la creatividad constituye un elemento fundamental del proceso terapéutico (Romero, 2006). Es por esto, que el arteterapeuta que trabaja con niños y niñas hospitalizados, por medio del ajuste del encuadre terapéutico, ha de lograr un espacio de juego, de posibilidad y de creatividad transformadora, que contribuya al bienestar y la salud psíquica de los niños, un espacio por tanto de creatividad saludable.

## 8. METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta tanto la naturaleza del Arteterapia (la cual se inscribe dentro de lo social y lo humano), como el problema de investigación planteado se optó por una metodología de corte cualitativo, ya que la investigación cualitativa se preocupa de la comprensión de los fenómenos

sociales desde la perspectiva de los participantes y convierte el caso individual en significativo para la teoría. Así mismo, teniendo en cuenta las particularidades del método, se puede decir que la investigación cualitativa es interpretativa, inductiva, multi-metódica y reflexiva, por lo que hace uso de métodos de análisis y de explicación, flexibles y sensibles al contexto social (VASILACHIS, 2007), destacando por el autoexamen crítico llevado a cabo por el investigador durante todo el proceso, quien se halla inmerso en la situación o fenómeno objeto de estudio.

El **método** utilizado ha sido el **Estudio de Casos**, el cual consiste en un análisis sistemático y en profundidad de casos de un fenómeno, entendiendo éstos como entidades sociales únicas (Bisquerra, 2004). Atendiendo al interés de la indagación, la modalidad escogida ha sido **el estudio colectivo de casos o un multicasos** de carácter instrumental (Stake, 1998), con el objetivo de comprender la problemática del *encuadre* en una intervención arteterapéutica en dos hospitales infantiles de la Comunidad de Madrid. Para ello, se eligieron casos que ilustrasen situaciones extremas del contexto objeto de estudio (Bisquerra, 2004).

El muestreo ha sido intencionado, seleccionando casos extremos con relación al encuadre y casos típicos (McMillan & Schumacher, 2005):

- 4 Casos en la Unidad de Cardiología Pediátrica del Hospital Materno- Infantil Gregorio Marañón.
- 3 Casos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital 12 de Octubre.

Este diseño, ha permitido realizar una descripción pormenorizada de las situaciones y establecer comparaciones. Las técnicas e instrumentos utilizados para recopilar la información, han sido<sup>9</sup>:

- Observación participante, por medio del *Diario* y las *Notas de campo*.
- Entrevistas semiestructuradas realizadas al personal sanitario, miembros de la fundación y voluntarios.
- Documentos y enseres, como la evaluación realizada por la *Fundación* a la arteterapeuta.
- Técnicas suplementarias como el registro fotográfico de las obras plásticas producidas por los pacientes/clientes.

---

<sup>9</sup> Ver ANEXO 2,3 y 4

Una vez recopilada la información, para el análisis e interpretación de los datos en cada una de las etapas de la investigación, se ha realizado una codificación y categorización de los mismos (Atkinson y Coffey, 2003). Para la triangulación, se han manejado los datos procedentes de las técnicas descritas anteriormente (observación, entrevistas, documentos y fotografías) y la teoría. Así mismo, también se pasaron un cuestionario y dos preguntas de carácter abierto a varias arteterapeutas que trabajaban en condiciones similares en otros hospitales para dar una mayor validez. Por otra parte, tras la redacción de los casos algunos de ellos fueron entregados a los actores (padres de los pacientes/clientes) para realizar lo que Stake (1998) denomina "revisión de los interesados".

Finalmente, se contrastó el análisis realizado con los objetivos de investigación elaborando un informe, en cuyas conclusiones se formulan algunas conjeturas o lecciones aprendidas acerca de cómo lograr un encuadre arteterapéutico adecuado que resulte un verdadero espacio de creatividad saludable. Los estudios de caso que describen el trabajo con personas de un mismo colectivo o problemática, pueden contribuir poco a poco a la construcción de una evidencia acumulada que permita cambiar prácticas y plantear nuevas investigaciones (GILROY, 2006)<sup>10</sup>.

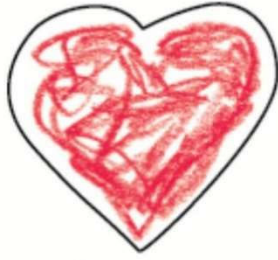
## **9. DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **9.1 CONTEXTUALIZACIÓN / ENCUADRE INSTITUCIONAL**

La investigación tuvo lugar gracias al convenio establecido entre la *Fundación Menudos Corazones* y el *Máster Interuniversitario en Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, en dos hospitales de la Comunidad de Madrid. La información acerca de la *Fundación*, el área de trabajo y programa en que se insertó el proyecto de *arteterapia*; y los centros de trabajo en los que se intervino, queda recogida a continuación, lo cual constituye el *encuadre institucional del proceso arteterapéutico*.

---

<sup>10</sup>Se hace referencia a la Research and Evidence-based Practice desde cuya perspectiva se afronta parte de este trabajo.



## menudos corazones

FUNDACIÓN DE AYUDA A LOS NIÑOS CON PROBLEMAS DE CORAZÓN

### MISIÓN

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS NIÑOS Y JÓVENES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y DE SUS FAMILIAS. SU LÍNEA DE ACTUACIÓN TIENE CUATRO ÁREAS:

1. ORGANIZACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.
2. SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA PROBLEMÁTICA DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.
3. REPRESENTACIÓN DE LOS AFECTADOS ANTE LOS PODERES PÚBLICOS
4. PRESENCIA E INTEGRACIÓN EN LAS ENTIDADES QUE TRATAN ÉSTA PROBLEMÁTICA.

### VISIÓN

INFORMAR Y ORIENTAR A LOS AFECTADOS Y A SUS FAMILIAS.

APOYAR Y FAVORECER LA NORMALIZACIÓN DE SUS VIDAS.

PROPORCIONAR LOS EQUIPOS PROFESIONALES, LOS MEDIOS TÉCNICOS Y MATERIALES NECESARIOS EN CADA MOMENTO.

PROPORCIONAR UN RESPALDO SOCIOECONÓMICO A LAS FAMILIAS QUE DEBEN DESPLAZARSE DE SU LUGAR DE RESIDENCIA.

VELAR POR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS MENORES HOSPITALIZADOS.

### ÁREA ASISTENCIAL

PROGRAMA PSICOSOCIAL (DENTRO Y FUERA DEL HOSPITAL)

ÁMBITO HOSPITALARIO:

PROYECTO DE ACOMPAÑAMIENTO Y ACTIVIDADES LÚDICO-EDUCATIVAS, PROYECTO DE APOYO PSICOLÓGICO (SESIONES INDIVIDUALES Y GRUPOS DE PADRES), PROYECTO DE MUSICOTERAPIA

ÁMBITO EXTRA-HOSPITALARIO:

ALOJAMIENTO GRATUITO, APOYO PSICOLÓGICO, JORNADA DE PADRES EN DUELO, INTERVENCIÓN EN DIFICULTADES DE APRENDIZAJE, JORNADAS NACIONALES SOBRE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS.

LA FUNDACIÓN MENUDOS CORAZONES ES UNA ENTIDAD SIN ÁNIMO DE LUCRO, COMPUESTA POR FAMILIARES Y AMIGOS DE NIÑOS Y JÓVENES CON ENFERMEDADES CARDIACAS CONGÉNITAS. DESDE EL AÑO 2003, MENUDOS CORAZONES ADOPTA LA FORMA JURÍDICA DE FUNDACIÓN, PERO SU LABOR COMENZÓ COMO FEDERACIÓN EN EL AÑO 2001 AUNANDO EL ESFUERZO DE VARIAS ASOCIACIONES DE PADRES QUE ACTUABAN EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

### CARDIOPATÍA CONGÉNITA (CPC)

SE TRATA DE UN PROBLEMA CON LA ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL CORAZÓN PRESENTE AL NACER, PUDIENDO DESCRIBIR MUCHOS PROBLEMAS DIFERENTES QUE AFECTAN AL CORAZÓN Y SIENDO EL TIPO DE ANOMALÍA CONGÉNITA QUE CAUSA MÁS MUERTES EN EL PRIMER AÑO DE VIDA.

LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA SUELE ESTAR DIVIDIDA EN DOS TIPOS

**1. CIANÓTICA (COLORACIÓN AZULADA PRODUCTO DE UNA RELATIVA FALTA DE OXÍGENO):** ANOMALÍA DE EBSTEIN, CORAZÓN IZQUIERDO HIPOPLÁSICO, ATRESIA PULMONAR, TETRALOGÍA DE FALLOT, DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO TOTAL, TRANSPOSICIÓN DE LOS GRANDES VASOS, ATRESIA TRICÚSPIDE Y TRONCO ARTERIAL.

**2. NO CIANÓTICA:** ESTENOSIS AÓRTICA, COMUNICACIÓN INTERAURICULAR (CIA), CANAL AURICULOVENTRICULAR (DEFECTO DE RELIEVE ENDOCÁRDICO), COARTACIÓN DE LA AORTA, CONDUCTO ARTERIAL PERSISTENTE (CAP), ESTENOSIS PULMONAR Y COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR (CIV)

ESTOS PROBLEMAS PUEDEN PRESENTARSE SOLOS O JUNTOS.

POR OTRO LADO, LAS ANOMALÍAS CARDÍACAS TAMBIÉN PUEDEN SER PARTE DE SÍNDROMES GENÉTICOS Y CROMOSÓMICOS, ALGUNOS DE LOS CUALES PUEDEN SER HEREDITARIOS, EJEMPLOS DE ESTO SON:

SÍNDROME DE DIGEORGE, SÍNDROME DE DOWN, SÍNDROME DE MARFAN, SÍNDROME DE NOONAN, TRISOMÍA 13 Y SÍNDROME DE TURNER.

A MENUDO, NO SE PUEDE ENCONTRAR NINGUNA CAUSA PARA LA CARDIOPATÍA.

### TRABAJO ARTETERAPÉUTICO

DESARROLLAMOS NUESTRA INTERVENCIÓN Y TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE ARTETERAPIA EN EL ÁREA ASISTENCIAL, CONCRETAMENTE EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO DENTRO DEL PROYECTO DE ACOMPAÑAMIENTO Y ACTIVIDADES LÚDICO-EDUCATIVAS.

EL PRINCIPAL OBJETIVO DE ESTE PROYECTO ES PALIAR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS QUE LOS LARGOS PERIODOS DE HOSPITALIZACIÓN TIENEN SOBRE LOS NIÑOS Y JÓVENES CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS, ACOMPAÑÁNDOLOS Y OFRECIÉNDOLES LA OPORTUNIDAD DE PARTICIPAR EN DIFERENTES ACTIVIDADES LÚDICO-EDUCATIVAS DURANTE EL INGRESO. TAMBIÉN SE ATIENDE A LAS FAMILIAS DE ESTOS NIÑOS Y JÓVENES, POR MEDIO DE LA ESCUCHA, ANIMÁNDOLOS A QUE COMPARTAN SUS EXPERIENCIAS.

ESTE PROYECTO ESTÁ LIDERADO POR UNA EDUCADORA SOCIAL DE LA FUNDACIÓN

MENUDOS CORAZONES Y EN ÉL PARTICIPAN NUMEROSOS VOLUNTARIOS. SE REALIZA EN LAS UNIDADES DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA DE LOS HOSPITALES DOCE DE OCTUBRE, GREGORIO MARAÑÓN Y RAMÓN Y CAJAL DE MADRID.

## JUSTIFICACIÓN

LAS ARTES PLÁSTICAS SON UNA HERRAMIENTA QUE UNE EL CUERPO Y LA MENTE, LO EMOCIONAL Y LO RACIONAL, PARA PODER EXPRESARSE O COMUNICARSE DE UNA MANERA DIFERENTE A LA HABITUAL/COTIDIANA.

LA ACTIVIDAD ARTÍSTICA ES UNA EXPERIENCIA QUE NOS CONECTA NO SÓLO CON NUESTRO MUNDO EXTERIOR SINO TAMBIÉN CON NUESTRO MUNDO INTERIOR. NOS UNE CON EL PASADO, EL PRESENTE Y EL POSIBLE FUTURO EN EL MOMENTO Y EL LUGAR CONCRETO DONDE SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD.

EN EL ÁMBITO ARTETERAPÉUTICO NOS INTERESA MÁS EL PROCESO QUE EL RESULTADO Y SIEMPRE EXISTE UNA RELACIÓN IMPORTANTE, SIGNIFICATIVA E INSEPARABLE ENTRE EL CREADOR Y SU CREACIÓN.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERALES

\*PROMOVER A TRAVÉS DEL ARTETERAPIA UN CAMBIO Y UNA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS Y NIÑAS CON CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS.

\*MEJORAR LA VISIBILIDAD DEL ARTETERAPEUTA EN LA UNIDAD.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

\*PROMOVER UN ESTADO DE BIENESTAR EN LOS NIÑOS Y NIÑAS.

\*OFRECER UNA NUEVA VÍA DE EXPRESIÓN QUE NO SEA VERBAL.

\*CREAR UN AMBIENTE SEGURO Y CONFIDENCIAL DONDE SE PUEDAN EXPRESAR LIBREMENTE

## CONTENIDOS DE TRABAJO

- \* EXPRESIÓN DE LOS PROPIOS SENTIMIENTOS
- \* OPORTUNIDAD DE SER AUTÓNOMOS
- \* AUTOCONFIANZA
- \* CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD
- \* AUTOCONOCIMIENTO
- \* AJUSTE EMOCIONAL

\* FORMAS ADECUADAS DE AFRONTAMIENTO DE:

1. LA ENFERMEDAD Y LOS TRATAMIENTOS MÉDICOS.
2. LA HOSPITALIZACIÓN

# Proyecto de Intervención

## DESTINATARIOS

EL TRABAJO ESTABA ORIENTADO EN PRIMER LUGAR A NIÑOS Y NIÑAS CON UNA CARDIOPATÍA CONGÉNITA INGRESADOS EN LAS UNIDADES DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA DE VARIOS HOSPITALES. Y EN SEGUNDO LUGAR, A NIÑOS Y NIÑAS CON OTRAS AFECIONES QUE SE ENCONTRARAN HOSPITALIZADOS.

TAMBIÉN EXISTÍA LA POSIBILIDAD DE TRABAJAR DE UNA MANERA MÁS PUNTUAL CON FAMILIARES Y PERSONAL SANITARIO.

## METODOLOGÍA Y ENFOQUE PSICOTERAPÉUTICO

LAS MODALIDADES DE TRABAJO HAN SIDO: CAMA A CAMA (INDIVIDUAL) Y AULA - TALLER (GRUPAL).

LA ESTRUCTURA DE LAS SESIONES DE TRABAJO PODÍAN SER: TRABAJO LIBRE O PROPUESTA DE TRABAJO, PERMITIENDO SIEMPRE A LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE DECIDIERAN LA MANERA EN LA QUE PREFERÍAN TRABAJAR.

EL ENFOQUE UTILIZADO ESTUVO ORIENTADO DESDE LA PSICOTERAPIA INTEGRATIVA, LA CUAL SE REFIERE TANTO A LA INTEGRACIÓN EN EL ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO DE DIVERSAS TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA PERSONALIDAD EN FUNCIÓN DE LAS NECESIDADES ESPECÍFICAS QUE EL TRATAMIENTO DE CADA CLIENTE/PACIENTE REQUIERE, COMO AL OBJETIVO QUE ESTA PSICOTERAPIA PERSIGUE DE PROMOVER LA INTEGRACIÓN DE LA PERSONALIDAD INTERNA DE CADA PERSONA EN SUS 4 DIMENSIONES: CONDUCTUAL, FISIOLÓGICA, PSICOLÓGICA Y EMOCIONAL.

## TEMPORALIZACIÓN

OCTUBRE 2012 - MAYO 2013  
UN DÍA A LA SEMANA EN LOS SIGUIENTES HOSPITALES

- EL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL (LUNES 16:00 - 18:00, A PARTIR DE FEBRERO DE 2013).

- EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MIÉRCOLES DE 16:00 - 18:30).

- EL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (JUEVES DE 16:00 - 18:00).



© www.123rf.com

# Centros de Trabajo



## HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE AVDA. DE CORDOBA, S/N 28041 MADRID

### UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

LA UCIP SE ENCUENTRA UBICADA EN LA PRIMERA PLANTA DEL EDIFICIO MATERNO INFANTIL 12 DE OCTUBRE. SE EXTIENDE A LO LARGO DE UN ALA DEL HOSPITAL A LA QUE SE ACCEDI A TRAVÉS DE UNA PUERTA, DOTADA DE UN PORTERO AUTOMÁTICO PARA SOLICITAR LA ENTRADA. LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SON AVISADOS A LA SALA DE ESPERA A TRAVÉS DE MEGAFONÍA PARA PASAR A LA UNIDAD.

LA UNIDAD ESTÁ FORMADA POR UNA ZONA DE DESPACHOS, UNA ZONA DE ALMACENES, Y LA PARTE ASISTENCIAL COMPUESTA POR 16 BOXES COMPLETAMENTE EQUIPADOS PARA ATENDER A TODO TIPO DE PACIENTES.

### MODALIDAD Y MATERIAL

LA MODALIDAD DE TRABAJO EN EL DOCE DE OCTUBRE FUE CAMA A CAMA (DE FORMA INDIVIDUAL) EN LOS BOXES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICA CON NIÑOS CON AFECCIONES DISTINTAS, NO SOLO CON ALGÚN TIPO DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. EN ESTE CASO, EL TRABAJO TERAPÉUTICO ERA COMPARTIDO CON OTRA ARTETERAPEUTA

EL MATERIAL CONSISTÍA EN OTRA CESTA LLENA DE COSAS, SOLO QUE EN ESTE CASO, NUESTRA CESTA TUVO QUE PASAR POR UNA INSPECCIÓN DEL COMITÉ DE LA UCIP QUE COMPROBÓ QUE EL MATERIAL QUE SE IBA A INTRODUCIR NO SUPONÍA NINGÚN RIESGO PARA LOS NIÑOS, POR LO QUE NOS TOCO RETIRAR DE LA BOLSA ALGUNAS COSAS, TALES COMO LAS LANAS, FIELTRO, ETC. DEBÍA SER MATERIAL QUE SE PUDIERA LIMPIAR UNA VEZ USADO POR UN NIÑO QUE SE ENCONTRARA AISLADO POR ALGUNA INFECCIÓN Y QUE NO SUPUSIERA UN PELIGRO PARA OTRO NIÑO O NIÑA.

## HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN HOSPITAL MATERNO INFANTIL C/ O'DONNELL 48-50 28009 MADRID.

### UNIDAD DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA

ESTA UNIDAD HA CONSEGUIDO INCORPORAR LAS TÉCNICAS MÁS AVANZADAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS IGUALÁNDOSE EN PRESTACIONES A LOS HOSPITALES MÁS IMPORTANTES DE EUROPA O AMÉRICA. TODO ESTE TRABAJO SE REALIZA GRACIAS A UN EQUIPO DE PROFESIONALES ENTRENADOS ESPECIALMENTE PARA EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE ESTAS AFECCIONES.

### MODALIDAD Y MATERIAL

LA MODALIDAD DE TRABAJO EN EL GREGORIO MARÓN FUE CAMA A CAMA (DE FORMA INDIVIDUAL), ÚNICA Y EXCLUSIVAMENTE CON NIÑOS Y NIÑAS QUE SE ENCONTRABAN EN LA UNIDAD DE CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA, Y POR LO TANTO SUFRÍAN ALGUNA AFECCIÓN CARDÍACA.

EL MATERIAL DE TRABAJO CONSISTÍA EN UNA CESTA O BOLSA GRANDE DE PICNIC EN LA QUE LLEVABA TODO TIPO DE MATERIAL PLÁSTICO: LÁPICES, CERAS, ROTULADORES, PLASTIDECORES, HOJAS DE PAPEL DE COLORES, CARTULINAS, PAPEL PINOCHO, PAPEL SEDA, PAPEL CHAROL, TIJERAS, PEGAMENTO, TEMPERAS, PLASTILINA... Y TODO EL MATERIAL PLÁSTICO QUE UN NIÑO O NIÑA PUEDA DESEAR.



### OTROS MEDIOS Y RECURSOS

TAMBIÉN CONTAMOS CON EL PORTATIL DE LA ARTETERAPEUTA, CÁMARA DE FOTOS Y DE VÍDEO Y VARIOS PROGRAMAS DE EDICIÓN Y MONTAJE DE IMÁGENES

<sup>11</sup> A pesar de que el Servicio y el Proyecto de Intervención de Arteterapia se llevó a cabo en 3 Hospitales de la Comunidad de Madrid, solo se describen los dos que interesan al desarrollo de esta investigación.

## 9.2 CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL CONTEXTO HOSPITALARIO Y SU INCIDENCIA SOBRE EL ENCUADRE ARTETERAPÉUTICO

Para discriminar las características propias del contexto hospitalario además de las notas de campo de la investigadora, se realizaron una serie de entrevistas semiestructuradas<sup>12</sup> a informadores clave, algunos miembros del personal sanitario de ambas unidades y a personas vinculadas con la *Fundación*. Posteriormente, se procedió al análisis de las mismas a partir de cinco puntos clave o categorías: la familia, los pacientes, el ambiente, el impacto emocional y la organización, empezándose a evidenciar las diferencias existentes entre las dos Unidades de Trabajo: Unidad de Cardiología Pediátrica (planta) y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos<sup>13</sup>.

- **La Familia:** las familias con niños y niñas ingresados en la planta de la Unidad de Cardiología Pediátrica han aprendido a sobrellevar los largos periodos de hospitalización de sus hijos, consecuencia de las características específicas de las afecciones cardíacas a pesar de tratarse de situaciones muy traumáticas. Por otro lado, la situación de las familias con hijos en la UCIP, resulta muy angustiada y muy dolorosa. En ambos casos, las familias pasan junto a sus hijos largos periodos en el hospital.
- **Los Pacientes:** la situación de los niños y niñas ingresados cambia mucho de una Unidad a otra. El estado de salud de los niños que se encuentran en planta es más estable, los hay de corta y de larga duración. Los más pequeños se relacionan, juegan y disfrutan dentro de sus posibilidades. Los adolescentes, sobrellevan peor la estancia en el hospital. El tipo de pacientes que se encuentran en la UCIP es diverso: los que están totalmente sedados, los que acaban de pasar por una operación y los pacientes crónicos; todos ellos en un estado muy grave e inestable.
- **El Ambiente:** mientras en planta el ambiente depende de diversos factores y es cambiante, siendo las habitaciones el único sitio en el que los niños pueden gozar de cierta intimidad junto con sus padres. En la UCIP, el ambiente suele ser caótico y muy dinámico. *Se trata por tanto, de un ambiente de "alerta permanente y de acciones inminentes"* (enfermera jefe).

---

<sup>12</sup> Ver Entrevistas en el ANEXO 3.

<sup>13</sup> Ver Tabla de Análisis en el ANEXO 1.

- **Impacto Emocional:** ambas unidades son muy complicadas y duras, ya que los niños con algún tipo de cardiopatía terminan pasando por la UCIP antes o después. *Son enfermedades muy largas, son intervención tras intervención, estar mucho tiempo aquí* (enfermera). Con respecto a la UCIP, el estado de los niños y niñas, en muchas ocasiones es impactante, *son situaciones de mucho dolor y angustia, ya que en algunos casos no se ve una salida* (musicoterapeuta).
- **Organización:** algo habitual en el hospital es que varios profesionales se encuentren con un mismo paciente, más aún si este se encuentra en la UCIP, donde la ratio de personal sanitario por paciente aumenta considerablemente, debido a la necesidad de una vigilancia constante.

Una vez analizadas las características propias del contexto hospitalario, se procedió a examinar la incidencia de éstas sobre la intervención arteterapéutica y su encuadre:

- **Incidencia sobre el lugar:** el lugar y la forma de trabajo dependen, en gran medida, del estado de salud del niño o la niña. Si se pueden levantar y caminar, es probable que quieran salir de la habitación. En la UCIP, por ejemplo, los niños y niñas no pueden moverse de la cama.
- **Incidencia sobre la duración:** es posible que durante una de las sesiones vengan a buscar al paciente para realizarle alguna prueba. La condición física del paciente puede influir en la duración de la sesión, así mismo un pariente en apuros puede solicitar al arteterapeuta que alargue la misma hasta la llegada de otro miembro de la familia.
- **Incidencia sobre la frecuencia e intervalo:** debido a la dinámica y a la organización del trabajo dentro de la *Fundación*, así como al carácter transitorio de las hospitalizaciones de los niños, nunca se sabe a ciencia cierta si se tendrá la posibilidad de volver a trabajar con el mismo niño o niña, ni en qué fechas.
- **Interrupciones:** el ambiente y las dinámicas propias del Hospital, hacen de él un espacio "público". Por un lado se encuentra la familia del paciente/cliente y por el otro, el personal sanitario al que no se le ocurre llamar a la puerta y esperar una respuesta antes de entrar a una habitación para vaciar un cubo, poner una inyección o recoger a un paciente para un procedimiento crucial que es sido reprogramado.
- **Incidencia sobre la privacidad:** se ve afectada por la presencia de personas tanto cercanas (familia) como ajenas al paciente/cliente, debido al ambiente propio del hospital.
- **Incidencia confianza y seguridad:** a veces resulta difícil que los niños confíen en el/la arteterapeuta ya que están acostumbrados a que las personas que vienen a su habitación, ya sea por una inyección o una prueba, les van a causar algún dolor.

- **Incidencia sobre los materiales:** en situaciones particulares en las que el sistema inmune de un paciente se ve comprometido, los materiales deben ser restringidos. En la UCIP todos los visitantes, incluidos los arteterapeutas, deben usar batas desechables y en algunas ocasiones guantes y máscaras.
- **Incidencia sobre la arteterapeuta:** estas incidencias, así como las características propias del hospital, generan sentimientos de vulnerabilidad e incertidumbre en la arteterapeuta.

**Incidencia sobre la calidad de la sesión como espacio de creatividad saludable:** Todos estos factores influyen no solo en el *encuadre* sino en la constitución de un espacio de potencialidades en el que el niño o la niña, por medio de la actividad artística, pueda experimentar un cambio, una transformación en su interior que le produzca bienestar y contribuya a su salud psíquica.

### 9.3 AJUSTES REALIZADOS POR LA ARTETERAPEUTA, EN EL ENCUADRE TERAPÉUTICO. ACIERTOS Y ERRORES.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico de la investigación, y concretar los aciertos y errores del objetivo general, tras una primera fase exploratoria, de detección de las características específicas del entorno hospitalario o análisis de unos primeros datos (Latorre, 1996), se procedió a profundizar en el proceso de investigación por medio de la descripción y análisis de los casos.

Para analizar los ajustes realizados por la arteterapeuta en el encuadre terapéutico, se elaboró una lista con varios aspectos del encuadre y se procedió a su validación por medio de un cuestionario<sup>14</sup> que se pasó a un grupo de 10 arteterapeutas que trabajan en condiciones similares en distintos hospitales, con la intención de conocer el grado de importancia que le otorgaban a cada aspecto.

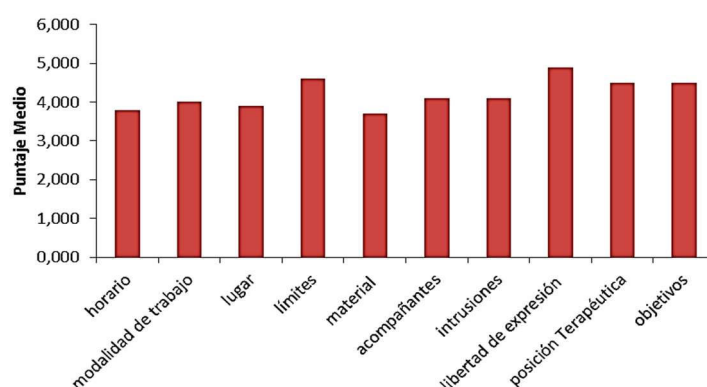


Figura 6. Grado de Importancia del encuadre

<sup>14</sup> Ver ANEXO 1

En una escala del 1 al 5, todas las arteterapeutas preguntadas consideraron las dimensiones acerca del encuadre terapéutico en un hospital que aparecían en la lista como *importante* o *muy importante*, siendo el horario, el lugar y el material, aquellos aspectos menos valorados; lo que dio la pauta para incluir la mayoría de estos aspectos en la lista de indicadores para el análisis de los **CASOS**.

A partir de los resultados arrojados por los cuestionarios, de la revisión del concepto de encuadre recogida en el marco teórico de este trabajo y de la reflexión personal basada en la práctica profesional de la arteterapeuta en varios hospitales infantiles y unidades pediátricas, se reelaboró la lista con los siguientes indicadores de análisis:

ENCUADRE EXTERNO										
Horario	Lugar	Duración, Frecuencias, Intervalos de las sesiones	Modalidad de Trabajo Individual Grupal	Información adecuada	Límites: todo es permitido dentro de la seguridad psicofísica, respeto	Ambiente: intimidad, seguridad y confianza	Privacidad y Confidencialidad	Técnicas, Materiales y Recursos Artísticos	Acompañantes	Interrupciones

ENCUADRE INTERNO			
Libertad de expresión	Actitud: empatía, aceptación y autenticidad	Compromiso	Control de estrés

Tras la descripción de cada caso, se dejó constancia de los ajustes realizados por la arteterapeuta con relación a los distintos aspectos o elementos del encuadre por medio de una reflexión, evidenciando los aciertos y los errores por medio de unas tablas, resaltando en color rojo aquellos elementos o decisiones que tuvieron una influencia negativa sobre la creación de un espacio de creatividad saludable y en color verde aquellos que contribuyeron positivamente.

### 9.3.1 CASOS

Los casos que a continuación se describen han sido escritos en primera persona por la arteterapeuta a partir de las *Notas y Diario de Campo*, y de las *Fichas de Registro* de la *Fundación*. De igual manera, los nombres utilizados son nombres ficticios para preservar la intimidad y el anonimato de los niños, niñas y sus familias.

## Unidad de Cardiología Pediátrica del Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón.

### 9.3.1.1. TOMÁS: LA NECESIDAD DE UN ESPACIO LIBRE DE INTERRUPCIONES PARA SER UNO MISMO.

Tomás es un adolescente de 13 años de padres españoles, que se encuentra hospitalizado debido a una complicación con el marcapasos que le ha sido implantado. Acostumbrado a su cardiopatía y a todo lo que ella conlleva, Tomás, se muestra amable afrontando la situación con demasiada deseabilidad social.



Figura 7. Unidad de Cardiología Pediátrica G. M.  
Foto de Adriana Cock

La sesión se desarrolla de manera extraordinaria en horario de mañana, en su habitación. Una habitación doble que comparte con otro niño, el cual se encuentra en esos momentos en el Aula Hospitalaria.

Toco y abro la puerta de la habitación de Tomás, a la vez que digo "Buenos días, soy de Menudos Corazones, ¿puedo pasar?" Tomás, acompañado por su madre y su tía me invitan a pasar, por lo que entro y me presentó "Mi nombre es Adriana, soy Arteterapeuta y venía a preguntaros si os gustaría realizar una sesión de *arteterapia*", al mismo tiempo que les entrego un folleto en el que viene explicado en qué consiste el *arteterapia*. Tomás, responde afirmativamente aunque no parece muy convencido. Su madre accede encantada, aprovechando el tiempo de la sesión para hacer unos trámites y hablar con los médicos. Tomás, queda en compañía de su tía.

Coloco mi *Bolsa de Arteterapia* encima de la cama de Tomás, diciéndole que puede utilizar el material que quiera. Le pregunto qué le gustaría hacer, pero él me responde "no sé", así que decido plantearle una propuesta para motivarle que consiste en realizar un Mapa Psicogeográfico (mapa de su mundo interior), en el que queden reflejados algunos de sus pensamientos y/o sentimientos. Le comento que no tiene que aceptarla si no le llama la atención o no le apetece, pero le parece interesante y acepta.

Cómo Tomás no se encuentra solo y, constantemente, está pendiente de la opinión de su tía, con quien parece mantener muy buena relación, invito a la tía a participar en la sesión. Esto hace que la modalidad de trabajo, en este caso, sea grupal. Entonces, ambos escogen los materiales con los que quieren trabajar, Tomás, elige rotuladores sobre cartulina azul y su tía rotuladores sobre cartulina rosa.



A solas y en completo silencio, le planteo a Tomás si quiere dejar el trabajo tal y como está, o si por el contrario prefiere continuar. Tomás responde “quiero terminarlo, ya que lo he empezado, ¿me ayudas?”, así que mientras él dibuja una cordillera con ríos y un poblado con chozas, yo le ayudo a colocar plastilina de color azul alrededor de la isla simulando el mar, al mismo tiempo que le pregunto por el nombre de cada uno de los accidentes geográficos o zonas que forman parte de su Isla. Tomás coloca y argumenta el porqué de algunos de estos nombres con mucha vehemencia, mientras que otros los pone de manera más espontánea. Logramos finalizar la sesión dos horas después de su comienzo. Tomás, me da las gracias y se despide con mucha amabilidad, satisfecho por haber terminado la obra y haber cumplido con la “tarea”, pero con cara de cansado. Termino la sesión con cierta tristeza, relleno las hojas de registro correspondientes y me dirijo a realizar una sesión con otra niña.



**Reflexión:** En el caso de Tomás, se puede afirmar que algo tan sencillo como el horario en el cual se ofrece el servicio de *arteterapia*, desencadenó una serie de hechos que afectaron al resto del encuadre, tanto externo como interno y por tanto al proceso arteterapéutico. A pesar de las dificultades, para el niño fue importante terminar lo que se inició, pues el mismo lo decidió. La arteterapeuta comprendió esta necesidad y le brindó esa oportunidad, demostrándole empatía.



### 9.3.1.2 GUILLERMO Y JUAN: DOS EDADES DISTINTAS, DOS APROXIMACIONES DIFERENTES.

Guillermo, es un preadolescente extremeño de 11 años afectado por una tetralogía de Fallot, cardiopatía caracterizada por cuatro malformaciones que generan la mezcla de la sangre venosa con la sangre arterial, con efectos cianóticos. Juan, es un niño de 6 años con una CIA (comunicación interauricular).

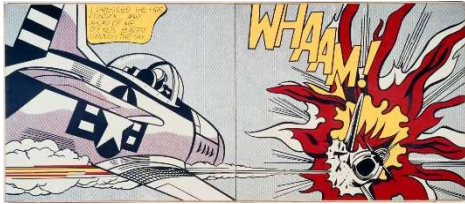


Figura 9. Roy Lichtenstein. Whaam! 1963  
(TATE)

Después de hablar con la educadora social de la *Fundación* de los niños y niñas ingresados ese día, una hora antes de la llegada de los voluntarios, me dirijo a la habitación de Guillermo, que se encuentra ingresado por un cateterismo. Se trata de un niño muy extrovertido, y dispuesto a trabajar. Tras presentarme como arteterapeuta, comenzamos a hablar sobre nuestras aficiones y descubro que le encantan los comics, lo que me lleva a sacar el ordenador de mi bolso personal y a mostrarle algunas imágenes de Roy Lichtenstein, artista pop estadounidense, nacido en Nueva York, que ha dedicado parte de su obra pictórica a reproducir y recrear imágenes de comic.

El niño, se queda sorprendido de que existan artistas como Lichtenstein, y más aun de que sus obras de arte se expongan en los mejores museos del mundo. A partir de esto, le planteo realizar un cómic con el programa Comic Life. En la habitación también se encuentra Juan, al que le digo "cuéntame lo que te gusta", y él me responde "a mí me gustan los cuentos", ¿quieres que te lea un cuento?, termino preguntándole. Juan, me dice que sí y el cuento que leemos es *Donde Viven los Monstruos*, un clásico de la literatura infantil escrito e ilustrado por Maurice Sendak<sup>15</sup>, después decidimos pintar nuestro propio monstruo.

Tanto los padres de Juan como la madre de Guillermo, nos dejan a solas para que podamos trabajar. La enfermera entra en la habitación con la merienda. Guillermo, le pide que se la deje a un lado para cuando termine su comic. Sin embargo, Juan tiene hambre así que la enfermera le coloca la merienda

---

<sup>15</sup> Maurice Sendak: «Si los niños no pueden mejorar muchas de las situaciones emocionales de su realidad diaria, sí lo pueden hacer en su imaginación». En su libro, *Angels and Wild Things: The Archetypal Poetics of Maurice Sendak*, John Cech, profesor de inglés en la Universidad de Florida y ex presidente de la Asociación de Literatura Infantil, escribió: «De hecho, sin Sendak, un enorme vacío existiría en la literatura infantil contemporánea. Sólo podemos tratar de imaginar lo que el panorama de la literatura infantil sería sin las fantasías, los personajes y los lugares visitados por Sendak. En estos viajes, Maurice, enviaba a sus personajes: Rosie, Max, Mickey & Jennie, a regiones de la psique que los libros infantiles no se habían atrevido a visitar antes».

en la mesa para que se la coma antes de comenzar a pintar su propio monstruo. La enfermera sale de la habitación dejando la puerta abierta, yo me acerco y la cierro suavemente tras ella.

Guillermo, se pone manos a la obra entusiasmado. Sobre la mesa auxiliar, escribe una historia acerca de una princesa y decide qué elementos utilizar para representar a los distintos personajes: una corona para el príncipe y la princesa y un dibujo para el dragón. Los materiales escogidos son cartulina amarilla, cartulina marrón y ceras de colores.



Figura 10. Creación artística de Guillermo. *Comic Life*

El trabajo con Guillermo es fluido. Una vez construidos los personajes y accesorios necesarios, Guillermo, empieza a sacar las fotos con las que ilustrar su comic: una foto en la que aparezco yo con la corona de Princesa, una foto del dibujo del Dragón, una foto en la que Guillermo hace de príncipe derrotando al dragón y por último, una foto mía convertida en princesa-gata. A partir de este momento, comenzamos a montar el comic en el ordenador. Cabe destacar, que la movilidad de Guillermo es reducida, debido a una vía que tiene en su mano izquierda, por lo que no se puede mover de la cama.

Mientras Guillermo, sube las imágenes de la cámara al ordenador y las monta con el programa **Comic Life**, me centro en Juan, quien por su corta edad necesita de mucha atención. Así mismo, tengo que hablar con él acerca de los límites, ya que se pone nervioso y comienza a tirar el material o a jugar con las tijeras de manera peligrosa. Se me hace un poco complicado atender a dos niños de edades tan distintas a la vez. Finalmente, terminamos el comic colocándole el texto. El resultado es extraordinario y Guillermo queda encantado con su trabajo sintiéndose como un auténtico creador de comics.

Vuelvo con Juan y hacemos un cierre en el que me cuenta cosas acerca de su monstruo, el cual ha dibujado sobre cartulina marrón con ceras de colores, un monstruo que no da miedo, se llama *Pepe* y al que le gusta pintar y cantar.

La duración de la sesión ha sido de una hora y cuarto, aproximadamente, por lo que regreso a la sala cedida por el hospital a la *Fundación*, organizo el material de mi *Bolsa* y relleno los registros correspondientes teniendo especial cuidado en salvaguardar la confidencialidad de lo ocurrido durante la sesión.



Figura 11. Creación artística de Juan. Foto de Adriana Cock

ENCUADRE EXTERNO		ENCUADRE INTERNO
<b>Horario.</b> La sesión se desarrolla en horario de tarde. De 16:00 a 18:00.	<b>Modalidad de Trabajo</b> Individual. Propuesta distinta en el mismo espacio y tiempo.	<b>Compromiso.</b> Existe compromiso aunque el grado de implicación no es la misma con los dos pacientes/clientes
<b>Lugar</b> La habitación de Guillermo y Juan.	<b>Información adecuada.</b> Se comenta en que consiste el arteterapia, pero no se entrega el folleto.	<b>Control de estrés.</b> La arteterapeuta se estresa por el hecho de estar atendiendo a dos niños de edades tan diferentes a la vez.
<b>Duración, Frecuencias, Intervalos de las sesiones.</b> 1 hora y cuarto. Sesión única.	<b>Límites.</b> Hace falta aclararle a Juan cuales son los límites.	<b>Actitud.</b> Existe cercanía, aceptación y empatía por parte de la arteterapeuta.
<b>Ambiente.</b> Existe un buen ambiente de intimidad, seguridad y confianza.	<b>Acompañantes.</b> Los acompañantes salen de la habitación por decisión propia.	<b>Libertad de expresión.</b> Existe libertad de expresión, se hacen propuestas a partir los gustos de los participantes.
<b>Privacidad y confidencialidad.</b> Existe privacidad y confidencialidad garantizadas.	<b>Interrupciones.</b> Hay intrusiones, pero no afectan el desarrollo de la sesión.	
<b>Técnicas, Materiales y Recursos Artísticos.</b> Comic: lenguaje escrito y visual. Fotografía, ordenador, programa.		

**Reflexión:** En esta sesión, son varios los factores o elementos del encuadre que la arteterapeuta tuvo que ajustar, algunos de ellos relacionados con el hecho de trabajar con dos niños de edades tan distintas de manera individual al mismo tiempo. En este sentido, al ser Guillermo un preadolescente, la arteterapeuta no hizo explícitos los límites de trabajo sin tener en cuenta la corta edad de Juan. Por otra parte, esta situación causó estrés en la arteterapeuta, quien terminó dando mayor atención o comprometiéndose más, aunque de forma inconsciente, con el proceso de uno de los dos niños. Cabe destacar, el uso del Comic/ Fotonovela como medio de expresión que integra el lenguaje escrito y el lenguaje visual, así como de las nuevas tecnologías: cámara digital, ordenador y software (Cómico Life).

La propuesta planteada a partir de sus intereses permitió a Guillermo recobrar el control de la situación, llevándole a tomar decisiones y desarrollando su autonomía, algo de lo que los niños y niñas que padecen este tipo de enfermedades suelen carecer debido a los largos periodos de hospitalización y al hecho de que sean otros: sus padres, sus familiares y/o sus médicos, quienes deciden por ellos,

constantemente. Guillermo, es el artífice total de su historia, una historia de príncipes y princesas en la que él es el Héroe que vence al monstruo, que vence al dragón. Así mismo, Juan, crea su propio monstruo, lo abraza y lo conjura. La arteterapeuta logró que cada niño abriera y cerrara su propio proceso. Para finalizar, en esta ocasión se brindó a los niños la oportunidad de entrar en contacto y conocer a artistas como *Roy Lichtenstein* y a escritores/ilustradores como *Maurice Sendak*.

### **9.3.1.3 ANNA: ELABORACIÓN GRACIAS A LA CONTINUIDAD Y COMPROMISO CON EL PROCESO.**

Anna es una niña vasca de 6 años a la que recientemente se le ha realizado un trasplante de corazón debido a una cardiopatía congénita: *Síndrome de ventrículo izquierdo hipoplástico*, malformación caracterizada por un infradesarrollo notable de todo el lado izquierdo del corazón (válvula mitral, válvula aórtica, ventrículo izquierdo y aorta). Como resultado, el lado derecho del corazón debe mantener tanto la circulación pulmonar como la del cuerpo, lo que hace que después de un tiempo el corazón falle definitivamente. Al poco tiempo de ser dada de alta del hospital, Anna y su madre, tienen que regresar desde Bilbao a Madrid ya que la herida del esternón, consecuencia de la operación, ha quedado abierta en su tercio inferior y superior por lo que se hace necesario colocarle un dispositivo de aspiración (PICO) que favorezca la cicatrización. En esta ocasión, la sesión se desarrolla en horario de mañana.

Tras salir de mi sesión con Tomás, me entero de que Anna se encuentra ingresada nuevamente, y voy específicamente a visitarla para ver si quiere trabajar conmigo. Por el camino, respiro hondo, deteniéndome unos instantes para relajarme y desconectar de la sesión anterior. Se trata de la cuarta ocasión en la que Anna participa en una sesión durante su periodo de espera y convalecencia en Madrid. Tanto ella como su madre, Fanny, conocen perfectamente en qué consiste el *arteterapia*. Soy recibida por madre e hija en la habitación de Anna, la cual no comparte con nadie. La niña, se acerca a mí y me dice con tono alegre “¿vamos a pintar?, déjame ver tu bolsa” sacando lo que quiere de la *Bolsa*, optando por los botes de purpurina y los rotuladores. Fanny, sale de la habitación mientras comenta “os dejo a solas”.

Anna, parece un tanto excitada, por lo que nos sentamos y escuchamos el “silencio” durante un momento. A partir de ahí, Anna, realiza dos creaciones utilizando distintos materiales (materiales

secos) de manera libre. La primera de ellas, surge a partir de un juego que Anna se inventa, en el que yo debo echar un poco de pegamento sobre el papel para que ella pueda espolvorear la purpurina de distintos colores. Al finalizar, ambas coincidimos en que las manchas producidas por la purpurina parecen planetas, por lo que Anna completa su producción pintando estrellas, por toda la hoja.



Figura 12. Creación artística de Anna.  
Foto de Adriana Cock



Figura 13. Producción artística de Anna. Foto de Adriana Cock

La segunda creación, es un dibujo en el que aparecen cuatro personajes, dos de ellos pequeños e idénticos, y otros dos grandes. Al preguntarle a la niña quienes son, ella contesta "somos aita (papá), ama (mamá), Spiderman y yo". Anna, se ha dibujado con un pequeño corazón en la mitad del pecho. También le pregunto si echa de menos a Spiderman (quien asumo es su amigo Santi, fallecido tras un trasplante de corazón), a lo que ella responde asintiendo con la cabeza, "yo también lo echo de menos", le comento yo. Antes de marcharme, Anna, me dice que está contenta de volver a casa con "aita, ama y sus hermanas". La duración de esta sesión es de unos 40 minutos. Al finalizar, me despido de Anna y de su madre, con un beso.

<p><b>Lugar</b> La habitación de Anna la cual no comparte con nadie.</p>	<b>ENCUADRE EXTERNO</b>	
<p><b>Duración, Frecuencias, Intervalos de las sesiones.</b> 40 min y 4 sesiones.</p>	<p><b>Horario.</b> La sesión se lleva a cabo por la mañana, coincidiendo con el horario de pruebas y visitas médicas.</p>	<b>ENCUADRE INTERNO</b>
<p><b>Modalidad de Trabajo</b> Individual</p>	<p><b>Privacidad y confidencialidad.</b> Existe privacidad total, ya que la arteterapeuta está a solas con la paciente/cliente.</p>	<p><b>Actitud.</b> Hay una actitud de empatía y aceptación por parte del terapeuta.</p>
<p><b>Información adecuada.</b> Se conoce en qué consiste el arteterapia de sesiones anteriores.</p>	<p><b>Técnicas, Materiales y Recursos Artísticos.</b> Técnica mixta, libre elección de los materiales.</p>	<p><b>Compromiso.</b> La terapeuta ha trabajado anteriormente con la paciente/cliente, haciendo un seguimiento.</p>
<p><b>Límites.</b> Existe seguridad psicofísica y respeto mutuo.</p>	<p><b>Acompañantes.</b> La madre de Anna sale de la habitación voluntariamente durante la sesión.</p>	<p><b>Libertad de expresión.</b> Existe total libertad de expresión.</p>
<p><b>Ambiente.</b> El clima es de intimidad y confianza. Existe complicidad.</p>	<p><b>Interrupciones.</b> No se produce ninguna intrusión durante la sesión.</p>	<p><b>Control de estrés.</b> La arteterapeuta se encuentra tranquila, a pesar de haber tenido una sesión estresante antes.</p>

**Reflexión:** En este caso, son pocos los ajustes realizados por la arteterapeuta ya que las condiciones institucionales ayudaron; no produciéndose interrupciones a pesar del horario de mañana. Cabe destacar, que el proceso arteterapéutico desarrollado anteriormente con la paciente/cliente: 3 sesiones y 2 visitas a la UCIP durante el postoperatorio por parte de la arteterapeuta, ayudó a generar el clima de confianza y seguridad necesario para la libre elaboración de la pérdida o ausencia (fallecimiento) de un amigo. En este caso, se considera importante la frecuencia y continuidad de las sesiones como un factor que favorece el establecimiento del vínculo entre la paciente/cliente y la arteterapeuta, lográndose, de esta manera un verdadero proceso arteterapéutico.

Por otra parte, es importante resaltar que esta sesión comienza con dos personas que juegan juntas, con el juego entre Anna y la arteterapeuta, teniendo lugar la superposición de las zonas de juego de la arteterapeuta y la paciente/cliente (Winnicott, 2008).

Así mismo, la arteterapeuta reconoce que ella también echa de menos a Santiago, el amigo de Anna fallecido después de un trasplante y con el que trabajó en un par de ocasiones, mostrándose humana y auténtica en su relación con Anna.

#### **9.3.1.4 ÁFRICA: EL PACIENTE/CLIENTE Y SU FAMILIA.**

África, es una adolescente de 14 años perteneciente a una familia de Santo Domingo, que se encuentra ingresada en planta después de una operación de Canal AV (atrioventricular), un defecto congénito que consiste en la existencia de un gran orificio en el centro del corazón, el cual afecta a los cuatro compartimentos en los que, normalmente, éste se divide. Este defecto hace que la sangre rica en oxígeno de los pulmones se mezcle con la sangre pobre en oxígeno del cuerpo, lo que produce que los compartimentos y válvulas no desvíen la sangre de forma apropiada a los distintos puntos de la circulación.

La sesión se desarrolla en horario de tarde. Al llegar al hospital, se me facilita la lista de niños ingresados en donde aparece la habitación en la que se encuentra cada uno de ellos y el tipo de afección que padece. Anoto en mi cuaderno y comienzo mi ronda entrando en la habitación de África, quien comparte habitación con otra niña y se halla acompañada por su padre y su madre. Me presento y propongo a África trabajar, al mismo tiempo que hago entrega a su madre del tríptico con la información concerniente al *arteterapia*. La niña, accede encantada y comienza a explorar los

materiales que porto dentro de mi *Bolsa*, decidiéndose por las cuentas de colores para hacer una pulsera.

Una vez ha tomado la decisión de con qué material quiere trabajar y lo que quiere hacer con él, le pregunto cuánto tiempo lleva en el hospital y qué cosas ha echado de menos durante su hospitalización y ella me contesta "Llevo varias semanas, primero en planta y luego en la UCI, y ahora de vuelta a planta, gracias a Dios todo ha salido bien, pero hay muchas cosas que he echado de menos: la música, mis amigos e ir de compras". Entonces, le propongo que integre algunas de esas cosas en su pulsera. Después de pensar unos instantes cómo se podría hacer, África decide pintarlas sobre cartulina y agujerearlas para poder ensartarlas.

La televisión está encendida y los padres de África, se encuentran en la habitación por lo que les pregunto si puedo apagar la televisión y les planteo la posibilidad de ir a tomarse un café o trabajar en una sesión conjunta con su hija. La madre de África acepta, pero su padre dice "no muchas gracias", y permanece sentado en el sillón de la habitación donde finalmente se queda dormido.



*Figura 14.* Creación artística de África. Foto de Adriana Cock

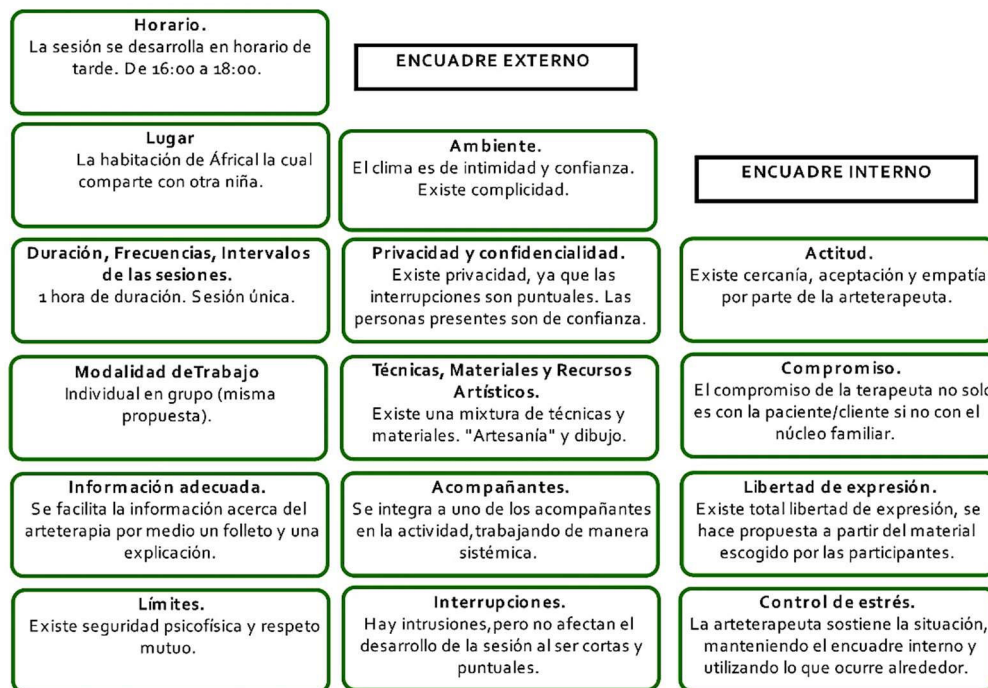
Antes de comenzar, la madre de África, me transmite su inseguridad a la hora de dibujar, ya que "nunca se me ha dado bien", a lo que yo le respondo "a todos se nos da bien, simplemente, cada uno tiene un estilo diferente. Al igual que cada una de nuestras personalidades es única, cada forma de hacer y de dibujar es única. Y esto no está ni bien, ni mal". Tras esta conversación, madre e hija, trabajan contentas mientras comentan entre ellas y conmigo lo que hacen. De vez en cuando, solicitan mi ayuda o me preguntan dónde se encuentra alguno de los materiales. Ambas me tratan con confianza.

A lo largo de la sesión, la cual dura aproximadamente una hora, acceden a la habitación una enfermera con la merienda, la cual bromea con África y su madre, y la compañera de cuarto de África, una niña de 10 años que se integra en la actividad animada por África quien le explica en qué consiste lo que estamos haciendo. A medida que van finalizando, hago un cierre individual en el que hablo con ellas acerca del proceso y del significado de su obra.



*Figura 15.* Producción artística África. Foto de Adriana Cock

La madre de África, está entusiasmada ya que según dice “es la primera vez en mi vida que hago algo con mis manos, que dibujo algo que me gusta, pensé que no sabía dibujar... Y mira, no ha quedado tan mal”. Ha integrado en su pulsera un dibujo de su hija mayor, a la que ha echado mucho de menos durante el tiempo de hospitalización de África. Según comenta, no se había dado cuenta de ello hasta este momento. Por otra parte, tanto África como su compañera han dibujado e integrado en sus pulseras imágenes que representan a sus amigos, entre otras cosas.



**Reflexión:** A partir del material seleccionado por la propia paciente/cliente, se plantea una propuesta acorde con la necesidad que emerge, la cual está relacionada con el afrontamiento del largo periodo de hospitalización experimentado tanto por África como por sus padres. La propuesta tiene un doble fin, por un lado favorecer un “darse cuenta” (Perls, 1976) por parte de las participantes (ya que percibir es transformar) y por otro, retarlas a salir de su zona de confort, ya que una de las razones por las que las personas se suelen animar a hacer pulseras con cuentas de colores tiene que ver con el hecho de tratarse de una “manualidad” o “artesanía”, y por tanto de algo que les proporciona seguridad. En este caso, es la madre quien no se siente capaz de hacer “arte” (dibujar o pintar), siendo aceptada y animada por la arteterapeuta. Esta propuesta rompe con esa concepción del ARTE (en mayúsculas) y el arte (en minúsculas), mezclando e integrando todo.

Por otra parte incidir, en el hecho de que aunque lo importante del trabajo arteterapéutico sea el proceso y no el resultado, se puede apreciar que el producto u obra resultante en el que aparece la hija

ausente, es una imagen Talismán (Schaverien, 1999), en tanto imagen o producción verdaderamente interiorizada. De igual manera, la alhaja o joya terminada, se puede considerar como un talismán (del griego *talesma* que significa completo), en tanto objeto o idea que completa a otra y la convierte en un todo. En este sentido, la pulsera representa o suple las cosas que la larga hospitalización les ha arrebatado a África y a su familia.

Se consigue una transformación o cambio en las formas o estructuras de pensamiento de la acompañante de la paciente/cliente, en sus creencias acerca de lo que es capaz o no de hacer (Ellis, 2003).

## Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos Hospital Universitario 12 de Octubre

### 9.3.1.5 UNAX: LA NECESIDAD DE UN AMBIENTE CONFIABLE Y UN MATERIAL ADECUADO

Unax, es un niño de 4 años de edad, que se encuentra ingresado en la UCIP después de una intervención de corazón.

Mi compañera, Natalia, y yo acudimos al Hospital 12 de Octubre como habitualmente, un jueves en horario de tarde. Llegamos a la sala que el hospital tiene habilitada para el voluntariado en la primera planta del edificio de pediatría, donde nos encontramos con la educadora social y la psicóloga de la *Fundación*, quienes nos hablan acerca de los niños y niñas que se encuentran ingresados en planta y nos acompañan a la UCIP para averiguar tanto el estado de los pacientes de cardiología, como los niños o niñas con los que se podría desarrollar una sesión de *arteterapia*.



Figura 16. Sala Voluntarios.  
H. 12 de Octubre

Antes de entrar, nos lavamos las manos y nos colocamos las batas en un espacio dispuesto para el personal sanitario a un lado de la puerta de acceso a la Unidad. Entramos a la zona de Boxes y junto con el médico recorremos la sala para comprobar el estado físico de los niños y elaborar una lista con los posibles candidatos para la sesión de *arteterapia*. En esta ocasión, nada más ingresar, la doctora de guardia, quien se encuentra al corriente de nuestra labor, nos habla de Unax conduciéndonos hasta su box.



Figura 17. Antesala UCIP. H.  
12 de Octubre

Una vez allí, nos encontramos al niño completamente desnudo y con las manos inmovilizadas para impedir que se quite los drenajes que salen de su tórax, cuya finalidad es facilitar la eliminación de contenido ya sea líquido o gaseoso. Unax, llora desesperadamente y llama a su mamá. No quiere que nadie se acerque a su cama, ya que cada vez que Natalia o yo lo intentamos, llora con más fuerza. El niño observa, constantemente, tanto los tubos que salen de su abdomen, como las cosas que ocurren a su alrededor: ingresa un nuevo paciente, el personal sanitario corre de un lugar a otro, las máquinas suenan insistentemente y un niño llora a lo lejos. Al final, conseguimos acercarnos a la cama de Unax y nos presentamos "Hola Unax, somos Adriana y Natalia, venimos a jugar contigo, ¿te gusta pintar?". Unax, nos mira con desconfianza y llora con más intensidad "¡mamá!, ¡mamá!".

A pesar de hallarse consciente y con las manos sin vías, no logramos que Unax nos preste atención mientras le contamos que tenemos una *Bolsa* llena de materiales de dibujo con los que poder pintar. Le comento a mi compañera que hubiera sido interesante enseñarle la *Bolsa* y el material ya que "a lo mejor, de esta manera, se hubiera animado a hacer algo". Pero no se nos permite introducir la *Bolsa* en la UCIP por lo que, normalmente, les explicamos a los niños los materiales de los cuales disponemos para que ellos elijan. Saliendo y volviendo a entrar en la Unidad con el material solicitado. Al ver que Unax no deja de sollozar, nos acercamos a uno de los enfermeros y le preguntamos si podría cubrirlo con una sábana, de tal forma, que no pueda ver los drenajes que salen de su costado y se sienta más seguro. Éste nos comenta "prefiero no hacerlo, ya que estando destapado puedo vigilar mejor que todo esté en orden". Natalia y yo, decidimos que una de las dos salga de la Unidad en busca de un poco de plastilina para ver, si de esta manera, Unax se anima a jugar o a crear algo. Una vez que disponemos de la plastilina se la ofrecemos a Unax, al tiempo que realizamos figuras diversas con ella, pero es inútil, Unax sigue llorando.

Finalmente, nos colocamos a cada uno de los lados de su cama, muy lentamente, yo comienzo a acariciarle la cabeza y Natalia lo toma de la mano. Poco a poco, Unax, comienza a calmarse y deja de llorar. Continuamos de esta manera durante unos 20 minutos hasta que el niño se queda dormido.

Salimos de la UCIP con una sensación de tristeza. Con Natalia, comentamos la posibilidad de que nadie le hubiera explicado a Unax, lo que le ocurría y el por qué se encontraba allí. De camino a casa, reflexiono acerca de nuestra intervención y me planteo que si hubiéramos presentado a Unax un material visual elaborado previamente, quizás habríamos podido trabajar con él desde una perspectiva más estética y contemplativa.

ENCUADRE INTERNO	ENCUADRE EXTERNO	Duración, Frecuencias, Intervalos de las sesiones. 20 minutos. Sesión única.
<b>Libertad de expresión.</b> Es inexistente, ya que no se realiza trabajo plástico.	<b>Horario.</b> La sesión se desarrolla en horario de tarde. De 16:00 a 18:00.	<b>Modalidad de Trabajo</b> Individual - Inexistente
<b>Actitud.</b> Existe cercanía, aceptación y empatía por parte de las arteterapeutas.	<b>Lugar</b> Unidad de Cuidados Intensivos. Box de Unax.	<b>Límites.</b> Unax, tiene las manos atadas, ya que temen que se quite los drenajes.
<b>Compromiso.</b> El compromiso de las terapeutas con Unax es total, brindándole apoyo y compañía.	<b>Información adecuada.</b> Se facilita la información al equipo médico o a los enfermeros/as.	<b>Ambiente.</b> No existe ningún tipo de intimidad, seguridad o confianza. Existe total desconfianza.
<b>Control de estrés.</b> Las arteterapeutas saben afrontar la situación, y reaccionan adecuadamente.	<b>Acompañantes.</b> No están presentes. Nuestra intervención no es en hora de visitas.	<b>Privacidad y confidencialidad.</b> La privacidad es escasa, ya que el box de Unax se encuentra en la mitad de la sala.
	<b>Interrupciones.</b> No hay interrupciones específicas, en la UCIP todo es susceptible de interrumpir.	<b>Técnicas, Materiales y Recursos Artísticos.</b> Necesidad de otro tipo de material, distinto al convencional.

**Reflexión:** El caso de Unax, es un claro ejemplo de como un ambiente percibido como poco confiable y seguro por el paciente/cliente (ambiente de la UCIP), junto con la carencia por parte de las arteterapeutas de recursos artísticos elaborados específicamente para este *setting* puede hacer inviable el trabajo arteterapéutico.

Por otra parte, se encuentra el temor de los médicos por la integridad física de Unax lo que les lleva a mantenerlo inmóvil para que no se quite los drenajes, haciendo imposible la manipulación por parte del niño. Cabe destacar, la labor de sostén (Winnicott, 1992) y apoyo de las arteterapeutas, demostrando un compromiso con el paciente/cliente más allá del proceso arteterapéutico.

### 9.3.1.6 GRACE: HACIENDO DE ESPEJO

Grace, es una niña nigeriana de 10 años que lleva en la UCIP más de una semana debido a un traumatismo grave.

Son los días de Navidad, esto, sumado a las huelgas en la sanidad pública hace que el personal sanitario de la UCIP sea escaso. Debido a las festividades, mi compañera se ha ido a pasar unos días con su familia, por lo que en esta ocasión entro sola en la UCIP. Una vez allí, recorro la sala en busca de algún niño o niña que esté despierto y se sienta con ganas de crear.

Encuentro a Grace despierta, incorporada sobre la cama y con cara de aburrida, y le digo "Hola mi nombre es Adriana y soy arteterapeuta, esto quiere decir que me dedico a crear cosas chulas con los niños y niñas, utilizando el material plástico que tengo en mi *Bolsa* ¿Te gustaría que hiciéramos algo?". Grace, acepta con una sonrisa, entonces yo le pregunto por el material con el que le gustaría trabajar, a lo que ella responde "me gustaría dibujar con rotus". Salgo y vuelvo a entrar en la UCIP portando folios de colores, rotuladores y algunos stickers.

Miro mi reloj, son las 4:30 de la tarde, el ambiente en la UCIP es tranquilo e íntimo, algo no muy habitual debido a las características específicas de una Unidad de este tipo, lo que facilita el establecimiento del vínculo entre Grace y yo. Observo la postura de Grace sobre la cama y le pregunto si se encuentra cómoda para crear. Así mismo, abro y acerco a su lecho la mesa portátil de la que dispone cada box colocando sobre ella los materiales (rotuladores, hojas de colores y stickers), para que pueda trabajar.

Grace, escoge una hoja de color rojo y comienza a dibujar decidida. Tiene muy claro lo que quiere representar. Dibuja un paisaje en el que aparece un bosque, una noche estrellada y dos búhos a la luz de la luna. Yo le ayudo a abrir los rotuladores que va necesitando y le acerco los stickers con forma de estrella con los que va estrellando el cielo de su dibujo.

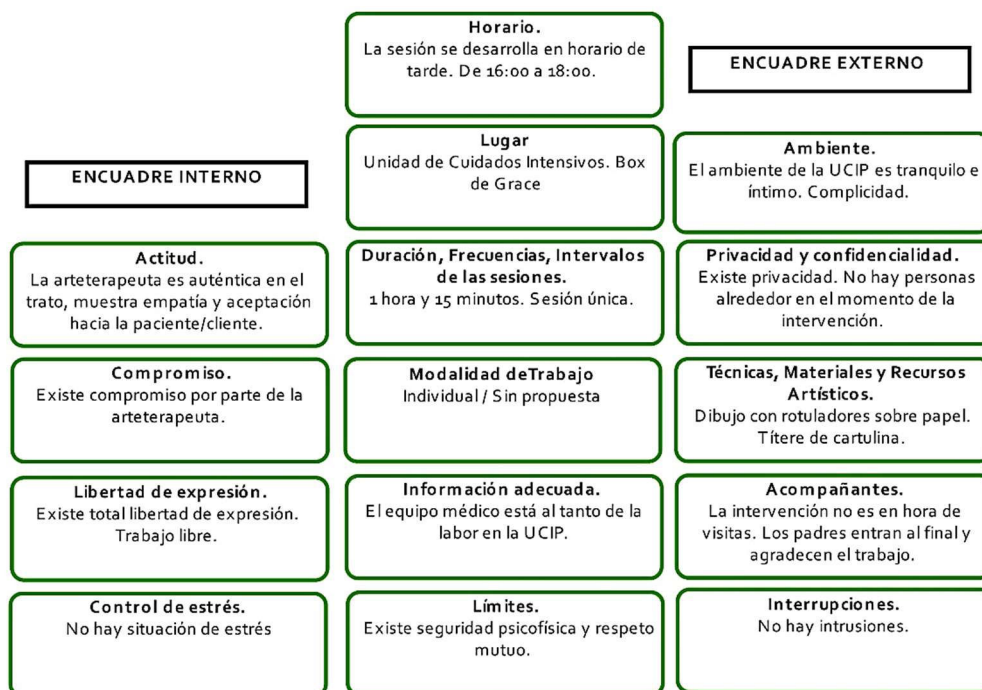


Figura 18. Creación artística de Grace. Foto de Adriana Cock

De manera espontánea, Grace, me explica que los dos búhos representan a su padre y a su madre los cuales están divorciados, pero que en su dibujo vuelven a estar juntos disfrutando de las estrellas. Yo le sonrío y le pregunto cuál de los dos vendrá a visitarla hoy, a lo que ella responde "vienen los dos, y seguro que les va a encantar mi dibujo". Parece que Grace tiene ganas de hablar, por lo que continuamos con la conversación. A nuestro alrededor, todo está silencioso por lo que hablamos como en secreto; existe mucha complicidad. Le pregunto si tiene hermanos, y ella me responde que tiene dos hermanas una mayor y otra menor. También le pregunto si hace mucho tiempo que se separaron sus padres y ella me responde "hace poco, pero desde que estoy ingresada, entran a verme juntos". Es entonces, cuando le comento que a pesar de que sus padres ya no vivan juntos existen tres razones que les unen, que siempre les unirán "¿sabes cuáles son esas tres razones?, le cuestiono, "no, ¿cuáles son?" me contesta con cara expectante, "Tú y tus dos hermanas. A tus padres siempre les uniré el amor que sienten por vosotras tres".

Grace, me mira a los ojos pensativa mientras yo le sonrío, y poco a poco su cara se torna en una sonrisa, pareciera que hubiera comprendido algo, que algo hubiera cambiado en su interior de repente. Para cerrar el trabajo, le pregunto por el título de su obra o dibujo "El Anochecer. Se llama El Anochecer" al mismo tiempo que lo escribe sobre el papel.

Posteriormente, Grace, me solicita más material para realizar una marioneta, así que traigo de mi *Bolsa* cartulinas, pegamento, celo y lanas de colores. Grace, realiza la marioneta a su gusto, pidiendo mi opinión acerca de algunas cosas pero siendo ella quien decide siempre. Una vez finalizada la marioneta, sus padres entran a verla en el tiempo de visita. Grace, les enseña entusiasmada el dibujo y la marioneta. Sus padres me sonrían y me dan las gracias. Me despido de Grace con un beso al tiempo que le digo "espero que pronto te vayas a casa". Al salir de la UCIP, limpio los materiales utilizados con desinfectante y los vuelvo a guardar en la *Bolsa del Material*. Son las 5:45 de la tarde cuando regreso a la sala de voluntarios, relleno los formatos correspondientes preservando siempre la confidencialidad de lo sucedido durante la sesión, ya que me toca dejar la ficha de registro encima de la mesa con las de los voluntarios.



**Reflexión:** Este es un ejemplo atípico de lo que ocurre en la UCIP, ya que la sesión se desarrolla como se habría podido desarrollar una sesión "ideal" en planta. El estado de salud de la paciente es leve dentro de la gravedad de la UCIP, lo que le permite trabajar con el material plástico o artístico

convencional. El ambiente es tranquilo y sosegado debido a la poca ocupación de la Unidad por las festividades y la huelga de personal.

La sesión de *arteterapia* con Grace, está menos enfocada a tratar los síntomas de la enfermedad por la que se encuentra ingresada y más en sostener y trabajar la ansiedad que le causa la separación de sus padres, ya que ha mostrado una tendencia a negar o a evadir esta realidad por medio de la fantasía. Es por esto, que la arteterapeuta hace de espejo, mostrándole cuáles son sus verdaderos sentimientos: el temor a perder el amor de sus padres.

Aunque el equipo de la UCIP esté al tanto de la labor arteterapéutica desarrollada en esta Unidad cada jueves por la tarde, sería interesante proporcionar más información a los padres y madres de los niños y niñas ingresados, acerca del Servicio de *Arteterapia*.

### 9.3.1.7 HALIM: ELABORANDO MATERIAL Y CREANDO VÍNCULO

Halim, es un adolescente magrebí de 13 años que se halla en la UCIP por una complicación cardíaca consecuencia de una cardiopatía congénita.

Mi compañera y yo, trabajamos con Halim, después de una intensa sesión con otro niño siendo conscientes de la gravedad de su estado, ya que hemos presenciado su evolución desde el primer día que llegamos a la UCIP (es un paciente de larga duración). Es por esto, que al verle sentado en una de las sillas, sin los cables a los que suele estar conectado, decidimos aproximarnos a él, siendo las 5 de la tarde.



*Figura 19.* Habitación planta pediátrica. H. 12 de Octubre.

En primer lugar, preguntamos a la enfermera encargada del cuidado de Halim por su estado. Ella nos responde que a pesar de encontrarse mucho mejor, Halim, no puede hablar debido a la traqueotomía que le ha sido realizada y tampoco puede mover la mano derecha debido a una vía intravenosa. Teniendo en cuenta la información suministrada por la enfermera, decidimos sacar de nuestra Bolsa un material de tipo visual que hemos elaborado previamente, consistente en 10 copias, a color, de paisajes pertenecientes a diversas corrientes artísticas.

En segundo lugar, nos acercamos a Halim, quien nos recibe con sorpresa, nos presentamos y le enseñamos las imágenes que tenemos preparadas pidiéndole que escoja una de ellas, la que más le

guste. Halim, se encuentra bastante receptivo y mira detenidamente todas las imágenes, señalando, al fin, el paisaje de una selva. En esos momentos, vienen a buscarlo dos enfermeras para realizarle unas pruebas; por lo que le pedimos a Halim que durante la semana siguiente mire el paisaje, cierre sus ojos y se imagine dentro de la selva como tarea. Halim, nos mira extrañado pero asiente con una sonrisa en la cara. Nosotras nos despedimos de él y salimos de la UCIP. La duración de esta primera sesión es de unos 10 minutos, aproximadamente.

Una semana después, llegamos a la sala habilitada para el voluntariado y las dos representantes de la *Fundación* nos informan que Halim ha salido de la UCIP y se halla en una habitación de planta. Después de acercarnos a la UCIP y no encontrar a ningún niño con el que poder realizar una sesión de *arteterapia*, nos dirigimos a la habitación de Halim.

Una vez allí, nos abre la puerta su hermana Fátima quien se encuentra haciéndole compañía. Se trata de una habitación doble, la cual comparte con un niño de tres años acompañado por su abuela. Nos presentamos de nuevo y encontramos a Halim sentado en una silla a lado de la cama. Él nos reconoce al instante, y nos señala la pared con el dedo en donde vemos colgado el cuadro de la selva. Le preguntamos si ha cumplido con la tarea que le encomendamos la semana anterior, éste asiente con la cabeza y con un susurro nos dice "Sí".

En esta ocasión, Halim, no solo puede hablar sino que también tiene la mano libre para poder pintar. Así que le proponemos que dibuje aquello que ha visto en su recorrido por el selvático paisaje. Halim, no parece muy convencido, por lo que le intentamos animar invitando a su hermana Fátima a participar. Finalmente, ambos hermanos se disponen a pintar. Usan como apoyo las bandejas de la merienda y sacan de la *Bolsa* los materiales con los que crear. Fátima, se decide por una técnica mixta: dibujo con rotuladores y collage sobre papel de color verde. Halim, decide pintar con rotuladores sobre un papel de color rojo.

Ya que la iluminación de la habitación es muy tenue, decidimos encender la luz con el consentimiento tanto Halim y Fátima, como de la abuela del otro niño, quien se encuentra jugando en su cama haciendo bastante ruido. De igual manera, preguntamos si podemos apagar la televisión durante un rato. Intentamos que el ambiente sea lo más tranquilo posible, nos centramos en el acompañamiento individual de Halim y Fátima y les facilitamos todas aquellas cosas que necesitan.

Halim, termina muy rápido su producción debido a su débil estado, por lo que hacemos el cierre con él preguntándole acerca de su paisaje imaginado. El chico nos cuenta: "en mi recorrido por la selva, me encontré con montañas, pájaros y un río lleno de peces. Y en este instante me encuentro nadando en ese río". Posteriormente, hacemos el cierre con Fátima, quien se ha dibujado junto a su hermano en un parque cercano a su casa. Nos despedimos de ambos con un beso deseándoles su pronta vuelta a casa. La sesión ha durado unos 40 minutos, aproximadamente. Regresamos a la sala del voluntariado y comentamos el desarrollo de la sesión mientras rellenamos los registros correspondientes, teniendo cuidado de no comprometer la confidencialidad de lo sucedido.



Figura 20. Creación artística Halim y Fátima. Foto de Adriana Cock

<p><b>Horario.</b> La sesión se desarrolla en horario de tarde. De 16:00 a 18:00.</p>	<b>ENCUADRE EXTERNO</b>	
<p><b>Lugar</b> Box y habitación de Halim. UCIP y Planta de Pediatría.</p>	<p><b>Ambiente.</b> El clima es de confianza. Existe complicidad.</p>	<b>ENCUADRE INTERNO</b>
<p><b>Duración, Frecuencias, Intervalos de las sesiones.</b> 2 sesiones: 10 y 40 minutos</p>	<p><b>Privacidad y confidencialidad.</b> Existe privacidad, a pesar de las interrupciones.</p>	<p><b>Actitud.</b> Existe cercanía, aceptación y empatía por parte de las arteterapeutas.</p>
<p><b>Modalidad de Trabajo</b> Individual en grupo (misma propuesta).</p>	<p><b>Técnicas, Materiales y Recursos Artísticos.</b> Se mezclan técnicas: visualización de imágenes y dibujo/collage.</p>	<p><b>Compromiso.</b> El compromiso de las terapeutas con el paciente y el proceso las lleva a visitarlo en planta.</p>
<p><b>Información adecuada.</b> El equipo médico está al tanto de la labor en la UCIP. Se informa a la hermana mayor de Halim.</p>	<p><b>Acompañantes.</b> Se integra a uno de los acompañantes en la actividad, trabajando de manera sistémica.</p>	<p><b>Libertad de expresión.</b> Existe libertad de expresión a partir de una propuesta y material, ajustados al estado físico del paciente.</p>
<p><b>Límites.</b> Se pone especial atención en salvaguardar la integridad psicofísica de Halim, debido a su grave estado.</p>	<p><b>Interrupciones.</b> Se logran gestionar no interfiriendo de manera negativa en la sesión.</p>	<p><b>Control de estrés.</b> Las arteterapeutas saben manejar el estrés que genera la grave situación de Halim y las interrupciones.</p>

**Reflexión:** En este caso, podemos destacar, entre otras cosas, el *compromiso* y el *control del estrés* mostrado por las arteterapeutas quienes no dudan en trabajar con Halim a pesar de su grave estado de salud. Esto lo pueden hacer, gracias *al material* de carácter visual, elaborado con anterioridad y pensado para trabajar con niños y niñas en estado crítico, como los que se encuentran en la UCIP. Así mismo, las arteterapeutas saben utilizar la *interrupción* y finalización del primer encuentro para proponer a Halim una "tarea" basada en una técnica de visualización guiada con una imagen,

buscando así la continuidad del trabajo con él en una siguiente sesión, ya que se trata de un paciente de larga duración.

Durante la segunda sesión, la inclusión de Fátima, hermana de Halim, ayuda a que el adolescente se anime a crear y permite a las arteterapeutas trabajar de una manera sistémica, conociendo como se vivencia la larga convalecencia de Halim dentro de la unidad familiar. El trabajo arteterapéutico, tanto con Halim como con su hermana está orientado al afrontamiento de la hospitalización.

---

Finalmente, para completar la reflexión acerca de los aspectos personales o del encuadre interno que deben ser trabajados por cualquier arteterapeuta que desarrolle su labor en un hospital con niños y niñas, se recurrió a preguntar<sup>16</sup> a 10 arteterapeutas acerca del tema por medio de dos preguntas de carácter abierto. Posteriormente, se procedió al análisis y categorización<sup>17</sup> de los datos obtenidos, resultando las siguientes categorías o aspectos: *flexibilidad o adaptabilidad, reflexividad, focalizar sobre el otro, afrontamiento de las pérdidas, aceptación de la variabilidad del contexto, la escucha, reorientación de las situaciones y trabajo con las familias.*

## **10. CONCLUSIONES**

Después de todo este recorrido investigativo, el cual comenzó con el análisis de las características propias del contexto hospitalario y su incidencia en el encuadre arteterapéutico, para luego estudiar cuales fueron los ajustes realizados por la arteterapeuta en su intervención o práctica con relación al encuadre, y así vislumbrar los aciertos y los errores en su intento por conseguir crear un espacio de creatividad saludable; en este apartado, se pasa a dar respuesta a las preguntas que orientaron este trabajo.

---

<sup>16</sup> Ver ANEXO 3 Cuestionarios y preguntas a las Arteterapeuta.

<sup>17</sup> Ver ANEXO 1 Tabla Características del Encuadre Interno.

**"¿Cómo conseguir un encuadre arteterapéutico adecuado, que resulte un espacio de creatividad saludable, en dos hospitales infantiles de la comunidad de Madrid?"**

**¿Qué aspectos de la intervención arteterapéutica debe flexibilizar el arteterapeuta para adecuar el encuadre?, ¿Qué características debería tener este nuevo encuadre específico?**

A pesar de ser consciente de que no existe una receta que dé respuesta a estas preguntas, después de realizar esta investigación, son varios los aspectos a tener en cuenta o que pueden iluminar, el camino para su posible consecución:

**El Juego.** La base de cualquier tipo de terapia, más aún del arteterapia con niños y niñas hospitalizados o no, es el Juego. El juego para interpretar, el juego como continente y contenido, el juego para conocerse a uno mismo (no directivo), el juego para experimentar (sentidos), y el juego para aprender y conocer. Es a partir del juego con los materiales y medios artísticos, que el arteterapeuta logra conectar con los niños.



Figura 21. Martin Creed Work No. 370  
Balls, 2004

**La Teoría.** Por otra parte, reflexionando sobre algunas de las ideas de autoras como Dolto y Oaklander, con relación a la intervención y encuadre arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados, es interesante proponer:

1. Introducir dentro del encuadre el *pago simbólico* propuesto por Dolto (el niño entrega al terapeuta una piedra, un dibujo, un caramelo...) con un doble propósito. Por un lado, hacer conscientes a los niños y niñas del servicio que se les está prestando, diferenciándolo de otras visitas como pueden ser las de los voluntarios. Y por el otro, empoderarlos, ya que quien paga *queda libre del sometimiento al otro* y se hace responsable de lo que acontece en el proceso.
2. Incluir dentro del encuadre arteterapéutico del hospital, materiales con los que poder experimentar con los sentidos (tacto, gusto, olfato, oído y vista). Materiales para tocar, oler, gustar... dentro de la experiencia arteterapéutica. Siempre de manera adecuada y teniendo especial cuidado con el estado de salud del niño.

**El Encuadre Externo.** Por otro lado, como se ha visto, el mejor horario es aquel que no coincide con las visitas y pruebas médicas, las cuales suelen hacerse en horario de mañana, ni con la llegada de los voluntarios. En el caso de la UCIP, el mejor horario es el de la tarde, antes de las visitas de los parientes. La duración de las sesiones debe oscilar entre los 40 minutos y la hora y media, teniendo en cuenta el estado físico de niños y niñas, siendo importante que el arteterapeuta intente repetir sesión con aquellos niños con los que exista posibilidad de hacerlo. Así mismo, no conviene alargar una sesión por una razón ajena al desarrollo del proceso terapéutico, ya que el arteterapeuta no es un cuidador. En muchas ocasiones, tal como ocurre en la intervención que sirve como base a esta investigación, el lugar donde se desarrollan las sesiones (habitación o box de los niños), viene determinado por el encuadre institucional. Sin embargo, tanto la habitación como el box son un buen lugar de trabajo por constituirse en el único espacio de cierta privacidad dentro del hospital. Así mismo, la modalidad de trabajo puede variar según la situación: individual, grupal y familiar, en este sentido la arteterapeuta investigada apuesta por un trabajo terapéutico de carácter sistémico.

Es conveniente, sobre todo con los más pequeños, hacer explícitos los límites al iniciar la sesión y no darlos por sentado, para evitar que se hagan daño a sí mismos y a otros, o que destrocen cosas. En la UCIP, el establecimiento de éstos es aún más importante, debido al grave estado de salud de los pacientes.



Figura 22. Lina Viste Grønli. *Thinking III*

Resulta acertada, la elaboración y entrega de un Folleto con la información acerca del servicio de *arteterapia*, como medio para solicitar a los padres y madres su consentimiento para el desarrollo de las sesiones. Por otra parte, sería conveniente informar a los padres y madres de los niños ingresados en la UCIP, y no únicamente al personal sanitario.

Es posible que hacer cosas tan sencillas como apagar la televisión o establecer un momento de silencio antes de comenzar la sesión, ayude a crear "ambiente". No obstante, lo que consigue crear un ambiente de intimidad, seguridad y confianza, normalmente, es la actitud del arteterapeuta frente al paciente/cliente. Es por esto, que además de las actitudes de *empatía*, *aceptación* y *autenticidad*, reflejadas en los casos de esta investigación, emergen otras actitudes a tener en cuenta por el arteterapeuta que trabaja con niños y niñas hospitalizadas, tales como la calidez (Caso de Unax) y la actitud de espejo (Caso de Grace).

El terapeuta debe desarrollar una relación cálida y amistosa con el niño, en la cual se establece una buena relación tan pronto como sea posible (...) El terapeuta está alerta para reconocer los sentimientos que el niño está expresando y refleja esos sentimientos hacia él de tal manera que produzca un insight acerca de su comportamiento. (Axline, 1993, p. 73).

Así mismo, utilizar un tono de voz tranquilo y sosegado y despedirse con un beso o un abrazo (contacto físico), es algo que ayuda a crear un vínculo de confianza, sobre todo con los más pequeños, cuanto más en un medio "hostil" como es el hospital. De igual manera, el cerrar una puerta (en planta) o correr una cortina (en la UCIP), puede ayudar, en un momento dado, tanto a salvaguardar la privacidad de lo que ocurre en la sesión, como a la creación de ese ambiente de seguridad y confianza, a pesar de que conseguir privacidad en un hospital es una tarea casi imposible. Con la intención de salvaguardar la intimidad y confidencialidad de los pacientes/clientes, la información completa acerca de lo acontecido en las sesiones, solo queda registrada en el Diario de Campo de la arteterapeuta, al que, únicamente, ella tiene acceso.

Invitar a los acompañantes (padres, madres y familiares) a participar en la sesión, en vez de considerarlos como un estorbo es CLAVE, *aprendiendo a trabajar con las familias*, desde un enfoque sistémico. En esta investigación, queda demostrado, en más de una ocasión, cómo realizar un trabajo arteterapéutico que integre a los acompañantes. En el Caso de África, por ejemplo, no solo se trabaja con la niña convaleciente, sino que se logra impactar a una integrante de la familia nuclear de manera directa (su madre) y a otra de manera indirecta (su hermana), ya que durante esta sesión la madre se *da cuenta* de lo mucho que añora a su otra hija, lo cual es posible que llegará a comunicárselo a ella. Según María Victoria Trujillo Moncada, psicóloga de la Universidad Javeriana de Bogotá *"uno de los regalos del proceso terapéutico, al que no se le suele prestar mucha atención, es que moviliza relaciones y personas que tal vez nunca lleguemos a conocer"*.

Respecto a las interrupciones, lo único que se puede decir es que ESTAN ahí, son una realidad del hospital y hay que asumirlas, *aceptando la variabilidad del contexto*. En algunas ocasiones, sobre todo en la UCIP, lo mejor que puede hacer el arteterapeuta es marcharse y regresar más tarde.

Contar con materiales diversos entre los que poder elegir, como parte del encuadre arteterapéutico en un hospital, ayuda a los niños a retomar el sentimiento de control sobre la situación y promueve la autonomía. Los niños, comienzan a expresarse con el material, desde el momento mismo de su elección. Es por esto, que el haber contado con cantidad y variedad de materiales plásticos y otros

materiales (de desecho, de la vida cotidiana, de decoración, etc.), así como con un sin fin de recursos: cuentos, láminas, comics, títeres, etc., ha incidido, positivamente, tanto en el proceso terapéutico, como en la consecución de un espacio de creatividad saludable.

Por otra parte, el uso de las nuevas tecnologías: ordenador portátil y software para la edición y tratamiento de imágenes, cámara digital, etc., en el contexto hospitalario, ha resultado un acierto, ya que conectan totalmente con los niños, niñas y adolescentes de hoy en día. Incluso para trabajar con aquellos niños con reparos hacia los materiales artísticos “tradicionales”, ya que, terapéuticamente, estos medios pueden ayudar a superar la resistencia inicial de ciertos clientes para la creación del arte, quienes se sienten cómodos con la tecnología, pero preocupados por tener que usar otros medios (Seiden, 2001).

Es necesario anotar, que hay que ser muy cuidadosos con los materiales que se utilizan o ponen a disposición de los pacientes/clientes en el hospital, teniendo en cuenta siempre la integridad física del niño. Tal como queda patente con los casos de la UCIP.

La protección de los pacientes contra las infecciones adquiridas en el hospital y el control de la propagación de la infección entre las poblaciones de pacientes es una parte fundamental de la terapia del arte en la medicina, que no es una preocupación en otros muchos entornos. (Councill, 2012, p.238).

Otro aspecto relevante, tiene que ver con la adecuación de los materiales a la gravedad del estado de salud de los niños y niñas ingresados en la UCIP, haciéndose necesaria, tal como se ve en dos de los casos de esta investigación, la elaboración previa de un material que proporcione a los niños y niñas la posibilidad de crear e imaginar, independientemente, de su nivel de limitación. Un material más visual y menos manipulativo, inclusive la introducción de las nuevas tecnologías dentro de la UCIP, permitiría a los niños y niñas en ella ingresados, desarrollar una sesión de arteterapia sin ningún problema. Tal como afirma (Orr, 2005), la tecnología podría aumentar el acceso a los clientes que no pueden hacer uso de los materiales tradicionales del arte, debido a la discapacidad, la distancia o a problemas inmunológicos.

Si se tiene en cuenta, la dimensión artística del *arteterapia* dentro del encuadre terapéutico, por un lado se encontrará la visión o concepción del arte que el arteterapeuta tiene, la cual va a determinar en gran medida su manera de **encuadrar** el proceso. En este sentido, la perspectiva de la arteterapeuta, es bastante contemporánea (uso de la fotografía, hibridación, mezcla de materiales, nuevas tecnologías, arte colaborativo...). Por otra parte, tal y como se ha visto en el desarrollo de

esta investigación, poner a los niños en contacto con la obra de artistas e ilustradores, y hablar acerca de ellos, ha sido un acierto, lo que pone de manifiesto dos cosas:

1. Que el *arteterapia* también conlleva pensar y hablar acerca del arte, así como conocer las formas de expresarse de otras personas, incluidos los artistas. Formas de expresión, que pueden servir de motivación o referencia para comenzar a crear, formas de expresión que pueden conectar o chocar con nuestros gustos e intereses.
2. Que con un poco de interés y compromiso por parte del arteterapeuta, esto también es posible dentro de un hospital.

***El Encuadre Interno.*** Algo de lo que apenas se ha hablado en esta investigación, pero que se halla presente durante toda ella, tiene que ver con el enfoque psico y arteterapéutico del arteterapeuta como parte del encuadre. Esto es, porque se considera que no importa cuál sea el enfoque utilizado siempre que se haga desde el conocimiento y el profundo compromiso con los niños y niñas hospitalizados con los que se está trabajando, lo cual constituye en sí mismo un posicionamiento terapéutico (orientación integrativa).

Desde todos los enfoques psicoterapéuticos, se hace hincapié en la importancia de la persona del terapeuta como parte del encuadre, más aun, se incide en la importancia del *encuadre interno* del analista (psicoanálisis), de las *actitudes psicológicas facilitadoras* del terapeuta (humanismo) y de la capacidad del terapeuta para *controlar su estrés* (cognitivismo), refiriéndose en todas ellas, a la estructura mental y al equilibrio psíquico del psicoterapeuta como un elemento esencial del **ENCUADRE**.

Dar la oportunidad de decidir al paciente/cliente, ya sea sobre la duración, el material, el trabajo a desarrollar, etc. Es decir, tener una *actitud permisiva*, o tal como dice Axline (1993): "el terapeuta establece una sensación de permisividad en la relación para que el niño se sienta libre para expresar sus sentimientos por completo" (p.73), es clave. Esto no quiere decir que no se puedan hacer propuestas para motivar, siempre desde una actitud de libertad. Por otra parte, la libertad de expresión de los niños y niñas hospitalizados se encuentra, más que nunca, condicionada por los límites, tal como se ha visto con anterioridad.

El compromiso del arteterapeuta, debe reflejarse en todo lo que hace, el compromiso tiene que ver con cómo lo hace. Por otro lado, este trabajo de investigación, tiene mucho que ver con la creatividad, con la creatividad del arteterapeuta para hacer frente al medio hospitalario, con su creatividad para

ajustar, *flexibilizar o adaptar* su intervención con relación al **encuadre** o continente del proceso arteterapéutico, *reorientando las situaciones* . Siguiendo a Martinsone, Mihailova, Mihailovs, Majore-Dusele, & Paipere (citados por Karkou et al, 2011), la presencia del *arteterapia* en diversos ámbitos (sociales, educativos y médicos) supone que el individuo (profesional o cliente) ha de acoplarse dentro de las actividades y tareas específicas del contexto. La creatividad se convierte en un elemento clave en este proceso, la cual permite al terapeuta adaptar las actividades y tareas de forma apropiada, y ayuda tanto a los clientes, como al terapeuta a comprometerse con el proceso de maneras nuevas e inesperadas.

Para controlar el estrés que al arteterapeuta le generan ciertas situaciones, es importante que este se dedique unos minutos, entre una sesión y otra, para estar a solas consigo mismo. Unos minutos para reflexionar sobre lo acontecido y poder cerrar. En este ámbito, resulta especialmente importante que el arteterapeuta cuide de su salud psíquica (factores psíquicos) evitando crear mecanismos de defensa que lo endurezcan y alejen del paciente/cliente, desde una supuesta profesionalidad u objetividad, ya que el cuidado y la compasión no pertenecen al falso "objetivismo" de la mirada desinteresada; el cuidado y la compasión son las herramientas del alma, pero son a menudo ridiculizadas por nuestra sociedad, que ha sido débil en cuanto a los modos empáticos (Gabllick, 1995).

Entre los factores o aspectos a trabajar por el arteterapeuta se encuentra *la escucha*, la escucha al otro pero también la escucha a sí mismo: "he trabajado la escucha activa... Intento silenciarme para ser más capaz *de observar lo que está pasando*". También, es conveniente que el arteterapeuta novel aprenda a *focalizar sobre el otro* (paciente/cliente), olvidando los temores o angustias que el contexto hospitalario le genera para trabajarlas y elaborarlas en el momento indicado. El *afrontamiento de las pérdidas*, es uno de los aspectos más difíciles de trabajar, ya que es imposible prever hasta qué punto le puede afectar al arteterapeuta la pérdida de uno de los niños o niñas con los que ha estado trabajando, una buena forma de abordarlo sería por medio de la "*elaboración de las pérdidas y duelos en la propia biografía*". Por último, se encuentra la *reflexividad*, es por esto que "*terminado tú trabajo, haz análisis de lo que ocurrió y lo que harás si ocurre algo parecido la próxima vez*". Así mismo, es justamente por medio de trabajos de investigación como éste, donde los profesionales dejan constancia de sus reflexiones acerca de su práctica, construyendo conocimiento, un conocimiento contextualizado, local y no universal, pero al fin de cuentas conocimiento.

Para finalizar, se puede afirmar sin reparos que en el hospital, donde el *encuadre externo* “falla” constantemente, en muchas ocasiones, **el único encuadre o continente disponible, es el *encuadre presente en la mente (encuadre interno) del arteterapeuta.***

### **¿Se logró crear un espacio de creatividad saludable?**

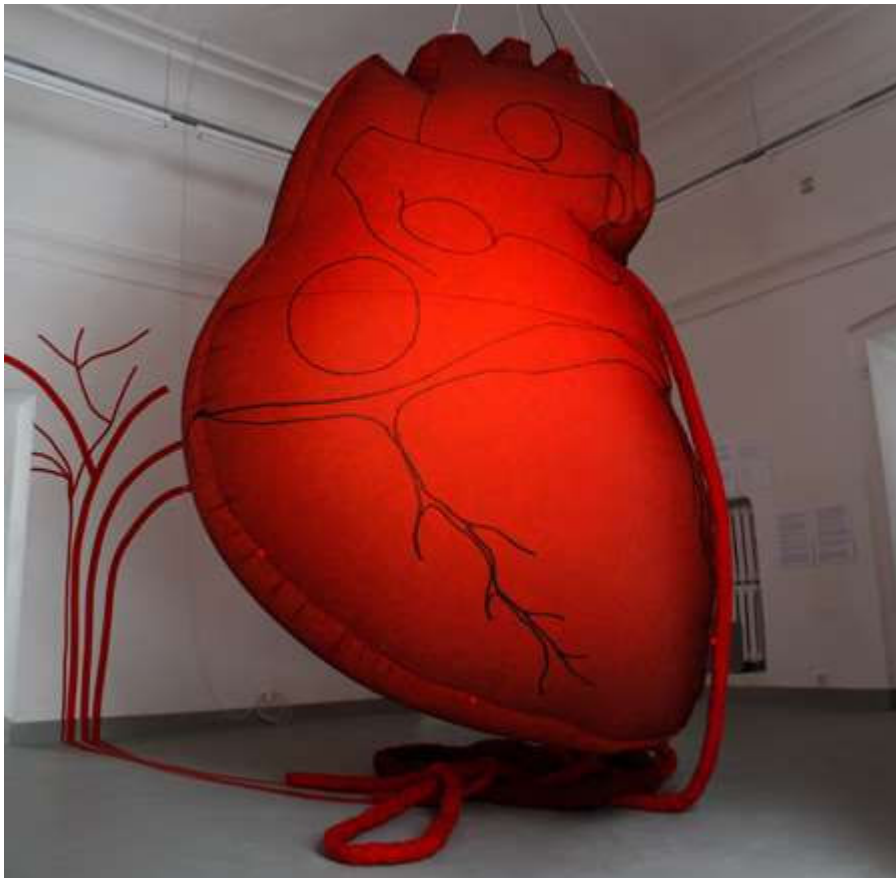
En casi todos los casos que sirven de base a esta investigación, se logró un espacio de creatividad saludable, en tanto fue por medio del proceso creativo que los pacientes/clientes experimentaron un movimiento terapéutico (Rogers, 2011), una transformación que repercutió en su salud psíquica, un cambio que se materializó en un *darse cuenta*, en la *elaboración de un acontecimiento traumático*, en la *proyección* de sentimientos, en un *empoderamiento*, etc. Solo en dos de los casos, se considera que no se logró crear un espacio de creatividad saludable, el primero de ellos es el de Tomás, un caso en el que a pesar de haber cosas positivas no se ve claro que se produjera en él un cambio o una mejora (aunque es imposible saberlo), y el segundo, es el de Unax, en el que se sabe que no existió un espacio de creatividad saludable porque ni siquiera se produjo un proceso creativo. No obstante, el principal aprendizaje del arteterapeuta es comprender que hay situaciones que no puede cambiar. En este caso la situación emocional del niño desbordaba su capacidad para atender, hacer o involucrarse en la sesión. Son muchos los terapeutas y corrientes, que sacan el contacto físico de la intervención terapéutica, pero en este caso lo único que logra calmar al niño es el contacto físico... y eso es lo que el niño va a recordar y guardó de esa sesión, que dos desconocidas se acercaron a él para invitarlo a jugar y que le dedicaron un rato para acariciar su pelo y su mano mientras él trataba de calmar su miedo y su tristeza.

Entonces el aprendizaje del terapeuta es comprender que si bien hay un proyecto de *arteterapia* y un objetivo y un ***encuadre***, cada niño es diferente y necesita cosas distintas. Algún día necesitará y podrá pintar, armar, inventar, crear... Ese día necesitaba compañía, calma y consuelo. Eso también es terapia y es el arte de comprender que lo que el niño necesita puede no ser lo que el arteterapeuta lleva en la Bolsa de trabajo, sino su sola presencia y las dos cosas son igual de válidas e importantes.

Son muchos los estudios realizados, sobre todo en Inglaterra y los Estados Unidos, que tratan de dar cuenta de los beneficios del *arteterapia* sobre las personas (niños y adultos) hospitalizadas, otras tantas, incluso en el ámbito español, tratan de dar cuenta de la forma o manera de establecer un servicio de *arteterapia*, en un hospital (Rico, 2007) o en una unidad de cuidados intensivos (Steed, 2013), pero el tema del *encuadre arteterapéutico* al interior de un hospital, es un tema que no ha sido

tratado con anterioridad, por lo menos en España, **constituyéndose, de esta manera, en un campo que no investigado, necesita ampliarse.**

Hola, mi nombre es Adriana Cock y soy Maestra de Educación Infantil, durante los últimos meses he estado trabajando con niños y niñas hospitalizados en dos de las Unidades más duras de un Hospital Infantil, debido a la gravedad de los niños que se encuentran allí y al sufrimiento tanto de ellos como de sus familias: Unidad de Cardiología Pediátrica y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. He reflexionado mucho sobre mi labor como Arteterapeuta en este ámbito. Espero que este trabajo sirva de guía u orientación, a quienes como un día hice yo, se embarquen en esta **preciosa** pero complicada aventura.



*Figura 23. KOLEKTIVA (Vesna Bukovec, Metka ZUPANIC). Secret Heart*

## 11. BIBLIOGRAFÍA

Agel, H.; Agel, G. & ZURIAN, F. (1996). *Manual de iniciación al arte cinematográfico*. Madrid: RIALP

Atkinson, P. y Coffey, A. (2003). *Encontrar sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Antioquia: Universidad de Antioquia.

Axline, V. (1993). *Play Therapy*. New York: Ballantine Books

Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, (1), 589-595. Recuperado el 5 de Julio de <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1965JPSP.pdf>

Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer.

Beck, A. T., Wright, F. W., Newman, C. F., & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford.

Bisquerra, R. (Coord.) (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid: La Muralla.

Bixler, R. H. (1949). Limits are therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 13(1), 1-11. Recuperado el 5 de Julio de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1949-03766-001>

Blanch Cañellas, M. (2009). Recordando a Françoise Dolto. *Revista Intercanvis* (23), 9-15. Recuperado el 2 de Julio de 2013 de [http://intercanvis.es/pdf/23/23\\_art\\_02.pdf](http://intercanvis.es/pdf/23/23_art_02.pdf)

Blinder, C., Knobel, J. & Siquier, M. L. (2004). *Clínica psicoanalítica con niños*. Madrid: EDITORIAL SINTESIS.

Carkhuff, R.R. (2000). *The Art of Helping in the 21<sup>a</sup> Century*, Amherst, Massachusetts: HRD Press.

CHATMAN, S. (1990). *Historia y discurso. La estructura narrativa en la novela y en el cine*. Madrid: Altea, Taurus, Alfaguara.

Chazenbalk, L. (1998). La incidencia del self del terapeuta en el proceso terapéutico. En *Encuentros y desencuentros en Salud Mental*, llevado a cabo en Jornadas de Psicopatología y Salud Mental — Hospital General de Agudos. Doctor Teodoro Álvarez, Buenos Aires, Argentina.

Collette, N. (2006). Hasta llegar, la vida. Arte-terapia y cáncer en fase terminal. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* (1), 149-159. Recuperado el de <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTEo6o611o149A/9o77>

Collette, N., Vecino, A., Juan, E., y Pascual, A. (2006). El arte-terapia como estrategia de alivio del sufrimiento de pacientes con cáncer en fase avanzada y terminal. *Boletín de la SEOM*. (46), 67-76. Recuperado el 2 de Julio de 2013 de [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/boletinseom/2006/46/premios\\_becas46.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/boletinseom/2006/46/premios_becas46.pdf)

Córdoba Sanz, R. (2008, 13, Agosto). El Ambiente y el Setting. Recuperado el 3 de Julio de <http://psicoletra.blogspot.com.es/2008/08/el-ambiente-y-el-setting.html>

- Council, T. (2012). Medical Art Therapy with Children. En C. A. Malchiodi (Ed.) *Handbook of Art Therapy, Second Edition* (pp. 222-240). New York: The Guilford Press
- Del Río, M. (2009). Reflexiones sobre la praxis en arteterapia. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. (4). 17-26. Madrid: Universidad Complutense
- Ellis, A. (2003). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Gablik, S. (1995). Connective Aesthetics: Art alter Individualism. En Suzanne Lacy (ed.). *Mapping the terrain: new genre public art* (pp.74-87). Seattle: Bay Press.
- Gilroy, A. (2006). *Art Therapy, Research and Evidence-based Practice*. London: SAGE.
- Giordani, B. (1997). *La relación de ayuda: de Rogers a Carkhuff*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Goldfried, M.R., Pachankis, J.E., & Bell, A.C. (2005). A history of psychotherapy integration. En J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Goldsmith, G. (2008). The Therapeutic Setting. En *Psychoanalysis and Psychotherapy*, Escuela de Verano 2008, Odessa, Ucrania. Recuperado el 1 de Julio de 2013 de [http://www.hgp-  
piee.org/SummerSeminar/2008/pages/Goldsmith.doc](http://www.hgp-piee.org/SummerSeminar/2008/pages/Goldsmith.doc)
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hernández, L. (2009). Flexibilidad en el setting: reflexiones a partir de la práctica clínica. *Clínica e investigación relacional-Revista Electrónica de Psicoterapia*. 3 (3), 684-694. Recuperado el 2 de Enero de 2013 de [http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N3\\_2009/13\\_LHernandez\\_Flexibilidad\\_en\\_el\\_setting\\_CeIR\\_V3N3.pdf](http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N3_2009/13_LHernandez_Flexibilidad_en_el_setting_CeIR_V3N3.pdf)
- Huffman, E. G. (2005). Psychotherapy in prison: the frame imprisoned. *Clinical Social Work Journal*, 34 (3), 319-333. Recuperado el 1 de Julio de 2013 de <http://link.springer.com/article/10.1007%2F510615-005-0022-4#page-1>
- Jones, P. (2005). *The Arts Therapies: A Revolution in Healthcare*. New York: Brunner-Routledge
- Jones-Smith, E. (2011). *Theories of Counseling and Psychotherapy: An Integrative Approach*. London: SAGE Publications, Inc.
- Karkou, V., Martinsone, K., Nazarova, N. & Vaverniece, L. (2011). Art therapy in the postmodern world: Findings from a comparative study across the UK, Russia and Latvia. *The Arts in Psychotherapy* 38 (2), 86-95. Recuperado el 1 de Julio de 2013 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455610001395>
- Klein, J. P. (2006). La creación como proceso de transformación. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. 1, 11-18. Madrid: Universidad Complutense

- Klein, M. (1987). *Psicoanálisis de niños*. Recuperado el 28 de Junio de 2013 de <http://www.agrupaciondco.com.ar/biblioteca/Melanie%20Klein%20-20Obras%20Completas/39-%20Psicoanalisis%20de%20Ninos.pdf>
- Landreth, G. L. (2002). *The Art of the Relationship*. Bristol, PA: Routledge
- Laor, I. (2007). The Therapist, the Patient, and the Therapeutic Setting: Mutual Construction of the Setting as a Therapeutic Factor. *Psychoanalytic Dialogues*, 17 (1), 29-46. Recuperado el 2 de Julio de 2013 de <http://www.hebpsy.net/ramat/MfmRv7XRslXAFX5MkBfo.pdf>
- Latorre, A., De Rincón, D., y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Hurtado Ediciones.
- López Fdz. Cao, M. y Martínez Díez, N. (2006) *Arteterapia. Conocimiento interior a través del arte*. Madrid: Tutor.
- López Martínez, M. D. (2009). *La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español* (Tesis Doctoral). Departamento de la Expresión Plástica, Musical y Dinámica. Universidad de Murcia.
- Lyotard, J. F. (1984). The Postmodern Condition: A Report on Knowledge. *Theory and History of Literature 10*, Minneapolis: University of Minnesota Press. Recuperado el 4 de Julio de 2013 de [http://gendocs.ru/docs/10/9952/conv\\_1/file1.pdf](http://gendocs.ru/docs/10/9952/conv_1/file1.pdf)
- Macías Alba, J. (1998). Metamorfosis del encuadre. Una aproximación a la noción de encuadre cinematográfico a través de Blade Runner". *Revista Latina de Comunicación Social*, 8. Recuperado el 2 de Julio de 2023 de <http://www.ull.es/publicaciones/latina/a/53juana.htm>
- Marxen, E. (2009). Therapeutic thinking in contemporary art: Or psychotherapy in the arts. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (3), 131-139. Recuperado el 1 de Julio de 2013 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455608000993>
- McMillan, J. y Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa: una introducción conceptual*. Madrid: Pearson Educación
- Milner, Marion (1952). Aspects of Symbolism and Comprehension of the Not-Self, *Internat. J. Psychoanal*, 33, 181-195.
- Modell, A. (1990). *Other Times, Other Realities - Toward a Theory of Psychoanalytic Treatment*. Cambridge: Harvard University Press.
- Nelson-Jones, R. (2006). *Theory and Practice of Counselling and Therapy*. London, SAGE Publications Ltd.
- Oaklander, V. (1997). The Therapeutic Process With Children and Adolescents. *Gestalt Review*, 1(4), 292-317. Recuperado el 2 de Julio de <http://www.gisc.org/gestaltreview/documents/TheTherapeuticProcesswithChildrenandAdolescents.pdf>

- Orr, P. (2005). Technology media: an exploration for "inherent qualities". *The Arts in Psychotherapy*, 32, (1), 1-11. Recuperado el 14 de Julio de 2013 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197455604001261>
- Perls, F.S. (1976). *El Enfoque Gestáltico*. Santiago de Chile: Cuatro Vientos.
- Pooke, G. y Newall, D. (2010). *Arte básico*. Cátedra: Madrid
- Rico Caballo, L. (2007). *Implantación del servicio de terapia a través del arte en un gran hospital. Planta de oncología y trasplantes pediátricos* (Tesis Doctoral Inédita). Universidad Complutense, Madrid.
- Rogers, C. (2011). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós
- Romero, J. (2006). Creatividad en arteterapia: del supuesto a la decisión. M. López F.dez Cao (coord.) *Creación y posibilidad. Aplicaciones del arte en la integración social* (pp. 75-88). Madrid: Fundamentos
- Romero, J. (2008). Creatividad en el arte: descentramientos, ampliaciones, conexiones, complejidad. *Encuentros Multidisciplinares*, (28). 55-62. Recuperado el 30 de Junio de 2013 de <http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA28/Julio%20Romero%20Rodr%C3%ADguez.pdf>
- Sandler, J. (1976). Countertransference and Role-Responsiveness. *R. Psycho-Anal*, (3), 43-47. Recuperado el 4 de Julio de <http://icpla.edu/wp-content/uploads/2012/10/PEP-Web-Countertransference-and-Role-Responsiveness.pdf>
- Schaverien, J. (1989). Transference and the picture: art therapy in the treatment of anorexia. *Inscape*, Spring, 14-17.
- Schaverien, J. (1999). Art within analysis: scapegoat, transference and transformation. *Journal of Analytical Psychology*, (44), 479-510.
- Schroeder, D.; Bertúa, F.; Francia, P.; Gómez, M.; López Brizolará, A.L. & Ponce de León, E. (2010). El concepto de encuadre en la Revista Uruguaya de Psicoanálisis (1956-2010) y en la Biblioteca de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, (111), 203-227. Recuperado el 2 de Julio de 2013 de: <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201011113.pdf>
- Seiden, D. (2001). *Mind Over Matter: The Uses of Materials. Art, Education, and Therapy*. Chicago: Magnolia Street Publishers.
- Stake, E. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata
- Stricker, G. (2001) An Introduction to Psychotherapy Integration. *Psychiatric Times*, xviii (7), AA. Recuperado el 2 de Julio de <http://www.psychiatrictimes.com/articles/introduction-psychotherapy-integration>
- Toso, D. (2006). *De la estetización al arte colaborativo*. Recuperado el 2 de Julio de 2013 de [http://www.macvirtual.usp.br/mac/arquivo/eventos/daniel\\_toso/txtdaniel\\_toso.pdf](http://www.macvirtual.usp.br/mac/arquivo/eventos/daniel_toso/txtdaniel_toso.pdf)

Tous, J. (1993). Interpretación y encuadre en la psicoterapia de la primera infancia. *Revista Septya*, 15-16, 123-135. Recuperado el 30 de Abril de 2013 de <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/tous-interpretacion-encuadre-psicoterapia.pdf>

Vasilachis, I. (2007). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Buenos Aires: GEDISA.

Ventura, A. (2011). CuidArt: Proyecto de arte del departamento de salud de Dénia. *Arte, individuo y sociedad*. 23, Extraordinario (1), 165-180. Recuperado el 16 de Mayo de 2012 de <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/view/36753>

VILLAIN, D. (1997). *El encuadre cinematográfico*. Barcelona: Ediciones Paidós Comunicación.

Watkins, C. y Edward, Jr. (1985). Frame Alterations and Violations in Counseling and Psychotherapy. *American Mental Health Counselors Association Journal*, 7(3), 104-115.

Winnicott D. (1992). *Sostén e interpretación: fragmento de un análisis*. Barcelona: Ediciones Paidós Iberica, S.A.

Winnicott, W. (2008). *Realidad y juego*. Barcelona: Editorial Gedisa

## **PÁGINAS WEB CONSULTADAS**

American Psychoanalytic Association: <http://www.apsa.org/>

British Psychoanalytic Association: <http://www.psychanalysis-bpa.org/>

Irvine: <https://www9.georgetown.edu/faculty/irvinem/>

## **CINTAS CINEMATOGRÁFICAS**

Shostrom, E. L. (Producer). (1965). *Three approaches to psychotherapy*. (Part 1). [Film]. Orange, CA: Psychological Films.

## 12. ANEXOS

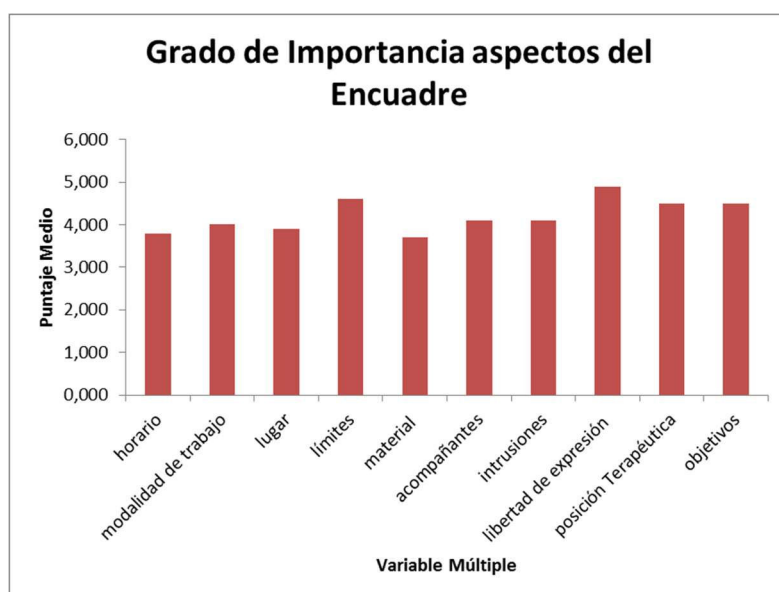
### ANEXO 1. TABLAS DE ANÁLISIS

Verde: Planta, Naranja: UCIP

Procedente de las entrevistas realizadas a miembros de la *Fundación*, el personal sanitario, voluntarios y Diario de Campo de la Arteterapeuta.

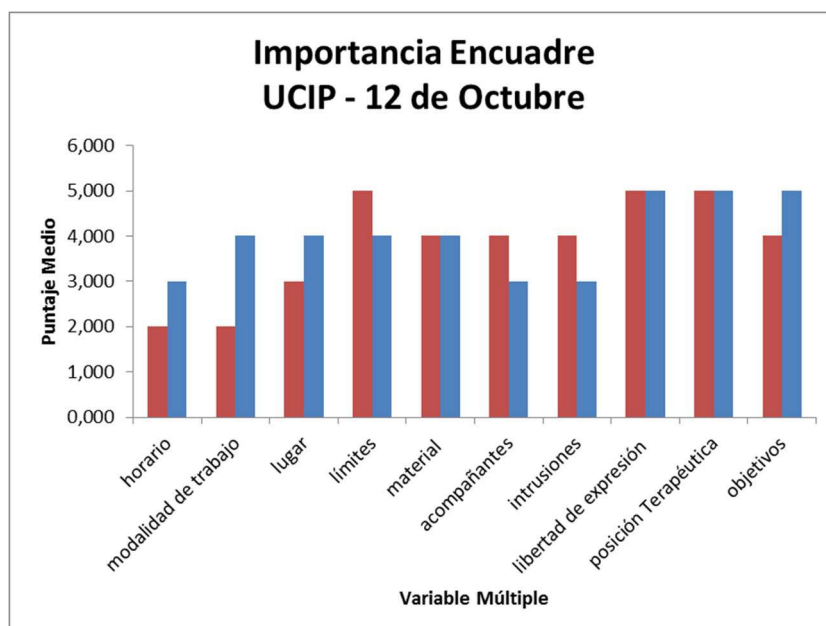
CARACTERÍSTICAS DE LA PLANTA Y UCIP CON REACCIÓN A				
FAMILIAS	PACIENTES	AMBIENTE	IMPACTO EMOCIONAL	ORGANIZACIÓN
la familia normalmente está más tranquila (que en la UCI) porque se ve una salida	el niño está estable o en proceso de marcharse a casa	Depende un poco de cómo estén los niños, de cómo estén los padres, del carácter que tenga cada uno, de las pruebas que haya que hacer, o sea que depende de un montón de cosas y de factores.	aquí es muy duro, muy duro	Sí, y que con el mismo niño estén varias personas (profesionales), o con el niño de al lado? Sí, muchas veces
todo es muy duro, lo que pasa es que los padres aprenden a sobrellevarlo	ellos lo llevan de otra manera que te sorprende un montón. Son niños que están contentos, que rien que juegan	El ambiente de intimidad es conjuntamente con los padres	Yo al principio lo llevé regular	mayor ratio de personal
para ellos no es tan traumático, quizás, que como para la familia	una vez que estamos dentro en ese espacio de intimidad, se mantiene la conexión de los niños y es muy buena,	El dolor, ha hecho que se rompa el espacio de intimidad	es duro, es muy duro, son enfermedades que además son muy largas, son intervención tras intervención, estar mucho tiempo aquí	vigilancia intensiva
la situación no solamente del paciente si no de la familia está en una situación mucho más angustiada	con los más mayores... 13-14 años... cuesta mucho más entrar por que no solo es su espacio sino que es su mundo, así son los adolescentes.	tiempo oro para poder sobrevivir a la situación de emergencia que puedan vivir los pacientes.	cuando hay una cardiopatía en un pequeño, son muchas cosas las que se rompen, no solamente se rompe el corazón	Trabajamos desde un punto de vista multidisciplinar
cuando bajas a la uci y estas con los padres en el dolor	Son unidades de alta complejidad (...) los pacientes están graves (...) complejidad tecnológica, complejidad en los cuidados	normalmente hay mucho movimiento de pacientes, porque salen unos y entran otros.	cuando bajas a la uci y estas con los padres en el dolor	Todo esto se intenta organizar pero no deja de ser: DIFÍCIL
Un día estaba con una niña muy pequeña cantando y llegaron los padres y la madre me dio las gracias, casi llorando	Es verdad que en estas Unidades hay distinto tipo de pacientes: (...) • pacientes que están completamente sedados, pacientes que están más cronificados y luego tenemos a los postquirúrgicos inmediatos	Caótico (risa). En general las Unidades de Cuidados Intensivos no son tranquilas, hay un ambiente de alerta permanente y de actuaciones inminentes	situación mucho más angustiada	En la UCI está el niño los padres, los enfermos, médicos que son varios
	los pacientes son muy dinámicos pueden permanecer muy estables pero en cualquier momento se inestabilizan		Hay que ser consciente de que al principio el ámbito de trabajo y el estado a veces impactante de los niños	También es cierto que la UCI es un lugar con mucha gente donde es muy difícil estar pendiente de todos.
	el estado físico limitado de los niños (movimiento, etc)			

## ANÁLISIS GRÁFICAS - CUESTIONARIOS ENCUADRE EXTERNO



En una escala del 1 al 5, todas las arteterapeutas preguntadas consideraron las dimensiones acerca del encuadre terapéutico en un hospital, como *importante* o *muy importante*, siendo el horario, el lugar y el material, aquellos aspectos menos valorados. Lo que, dio la pauta para incluir la mayoría de estos aspectos, en la lista de indicadores para el análisis de los **CASOS**.

Algunos datos de interés, a modo anecdótico:

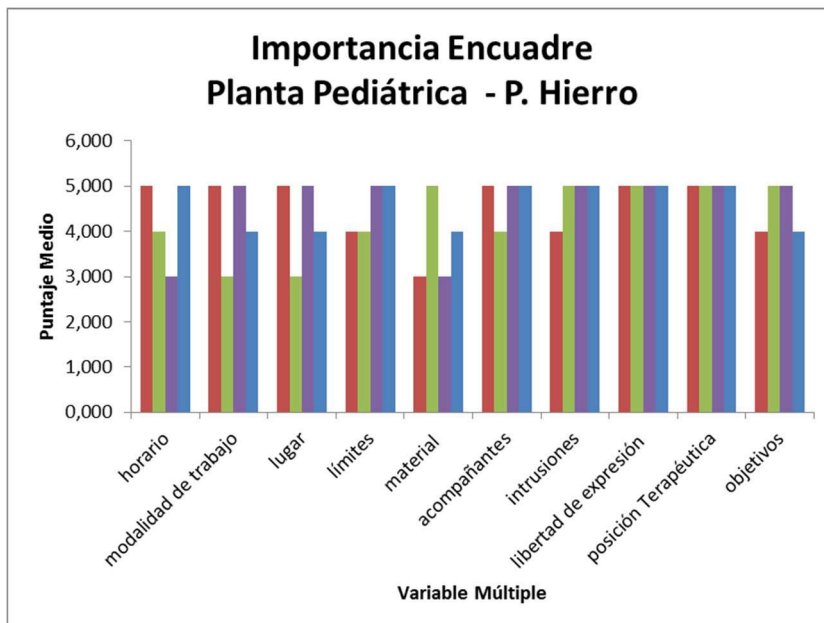
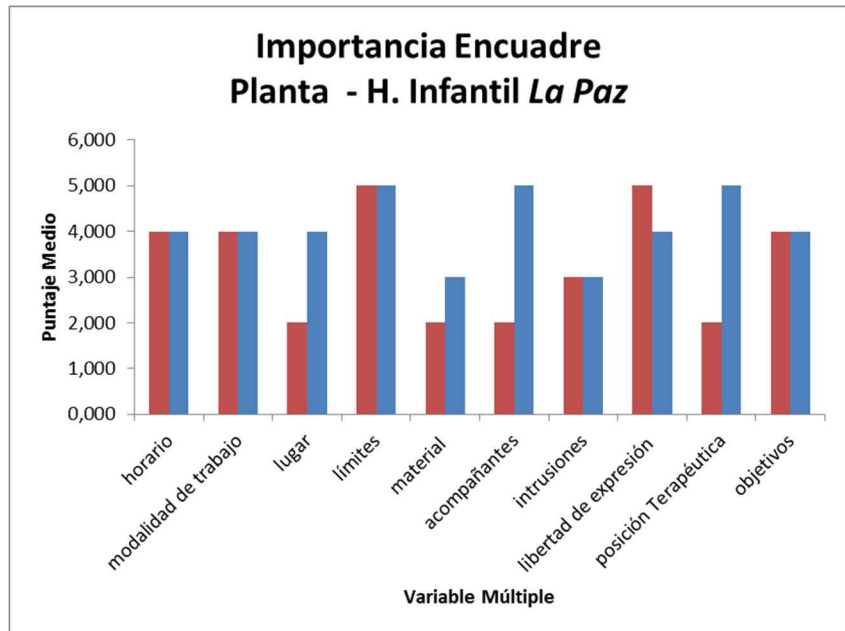


Resulta relevante analizar la importancia que le otorgan cada una de las arteterapeutas a los distintos aspectos generales del encuadre recogidos en la lista de indicadores preliminar en la UCIP del Hospital 12 de Octubre de Madrid.

Si se tienen en cuenta las características propias de la

UCIP, llaman la atención los siguientes aspectos: con relación al *horario* y a la *modalidad de trabajo* la arteterapeuta autora de esta investigación les otorga más importancia que su compañera. Sin embargo, ocurre lo contrario con los *límites*, ya que una los considera *muy importantes* y la otra, *importantes*. Ambas están de acuerdo con respecto a los materiales, la libertad de expresión y la posición terapéutica.

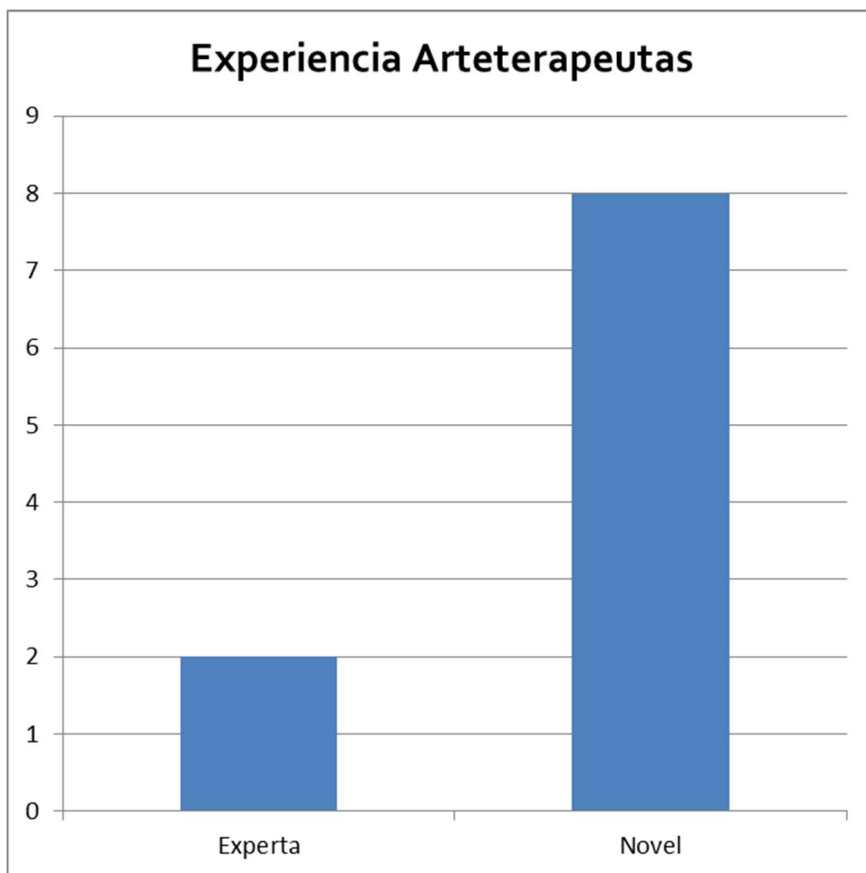
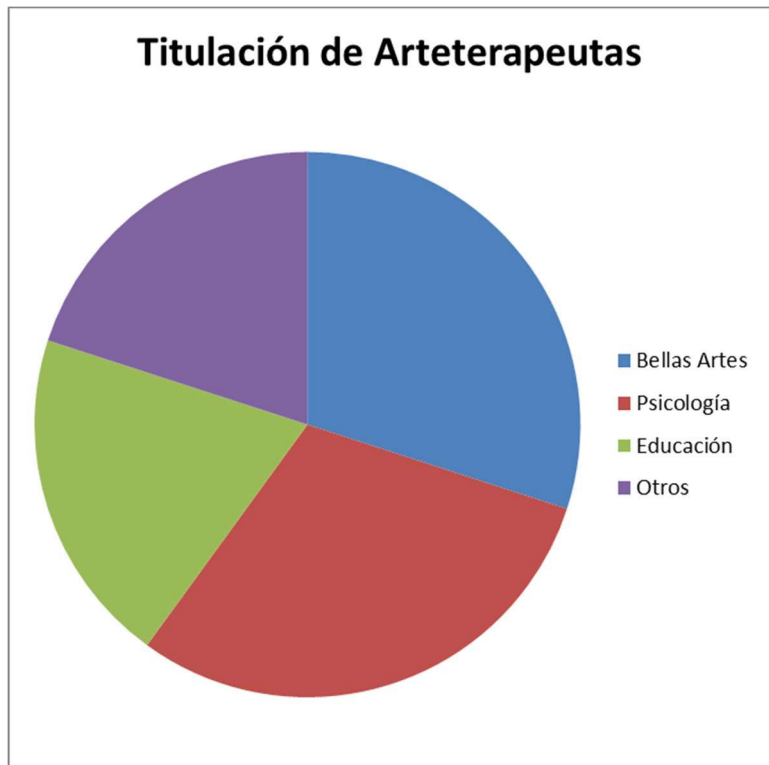
En el caso del Hospital Infantil *La Paz*, las arteterapeutas coinciden en un 50% y difieren el otro 50%. Coinciden en el horario, la modalidad de trabajo, los límites, las intrusiones y los objetivos. Y difieren, sobre todo en la posición terapéutica, los acompañantes, y un poco menos en el lugar, el material y la libertad de expresión.



Si se hace una comparación entre las arteterapeutas que trabajan en Planta con todo tipo de pacientes/clientes en el Hospital Puerta de Hierro, se puede apreciar que casi todos los aspectos del encuadre arteterapéutico reflejados en los indicadores son o *muy importantes* o *importantes*. Salvo en algunos, en los que se ve

mayor diferencia como el *material*, la *modalidad de trabajo*, el *lugar* y el *horario*.

Las titulaciones de base predominantes, las cuales influyen en de manera directa en la práctica arteterapéutica, son Bellas Artes y Psicología. Así mismo, Educación y Otros se reparten en menor proporción. Se ha visto, que los estudios de procedencia no influyen en el grado de importancia que se le otorga a los distintos aspectos del encuadre reflejados en los indicadores.



De igual manera, se ha podido observar que no existe relación entre el grado de experiencia de las arteterapeutas y las respuestas dadas con respecto a las distintas dimensiones del encuadre.

**TABLA DE CATEGORÍAS  
CARACTERÍSTICAS DEL ENCUADRE INTERNO**

Categoría		Entrevista Arteterapeuta
<b>FLEXIBILIDAD - ADAPTABILIDAD</b>	<i>La capacidad de adaptación a las muy diferentes circunstancias y acontecimientos que surgen.</i>	7
	<i>La habilidad de adaptarse ante cualquiera situación</i>	10
	<i>Siempre se puede hacer algo si no te opones al viento.</i>	4
	<i>Desarrollar la capacidad de adaptación a las circunstancias cambiantes debido a que en ocasiones el proceso está sujeto a imprevistos o no se dispone de la información suficiente como para ajustar la intervención a la situación en la que se debe desarrollar el proceso.</i>	9
	<i>El arteterapeuta necesita saber cómo improvisar y adaptarse a cada situación</i>	10
<b>REFLEXIVIDAD</b>	<i>2lizando a qué se debe lo sucedido y como es mejor actuar.</i>	7
	<i>pensando en qué intervenciones son las apropiadas para que las cosas vayan por el mejor camino</i>	3
	<i>Terminado, haz análisis de lo que ocurrió y lo que harás si ocurre algo parecido la próxima vez. Repasa si algo se estropeó y si puedes subs2rlo y en qué periodo de tiempo (cuanto antes).</i>	4
	<i>Desarrollar la capacidad de observación, análisis y autoanálisis</i>	9
	<i>Lo que hago es reflexionarlo desde la distancia. Cuando se acaba la sesión y te vas a casa, 2lizo lo que ha pasado y le doy la importancia que considero que se merece</i>	6
<b>FOCO DE ATENCIÓN</b>	<i>Lo primero que observo y porque creo que es lo más importante, es si el niño está sufriendo y si está en mis manos poderlo evitarlo.</i>	6
	<i>He trabajado mucho “el cambiar el foco de atención desde mi persona hacia el niño”</i>	3

	<i>centrarme en las necesidades relacionales en el aquí-y-ahora de la persona que acompaño</i>	4
	<i>focalizar en la otra persona pero sintiéndome a mí misma</i>	2
	<i>siempre poniendo las necesidades del niño primero. Tratamos con los niños y con sus familias pero ante todo estamos ahí para trabajar con los niños</i>	10
<b>AFRONTAMIENTO DE LAS PÉRDIDAS</b>	<i>Elaboración de las pérdidas y duelos en la propia biografía.</i>	5
	<i>El afrontamiento de situaciones duras, como el fallecimiento de algún paciente</i>	1
<b>ACEPTACIÓN DE LA FALTA DE CONTROL</b>	<i>no concibo el acompañamiento arteterapéutico desde la necesidad de “controlarlo todo”. Aceptación de que sería una tarea imposible.</i>	5
	<i>El caos es parte de la vida. Me siento viva. Me siento en trabajo de campo y no en laboratorio</i>	4
	<i>es importante valorar los parámetros según los cuales se considera una situación descontrolada o si esta situación es en sí misma terapéutica, porque sirva para explicitar algo que pueda favorecer el proceso del paciente</i>	9
	<i>No puedo ocuparme de todas las necesidades. No lo sé todo. La Arteterapia no va a cambiar el mundo...</i>	4
	<i>cuando las cosas en una sesión se escapan a mi control, pienso que pueden ser una oportunidad</i>	1
<b>LA ESCUCHA</b>	<i>He trabajado la escucha activa... Intento silenciarme para ser más ca9 de observar lo que está pasando.</i>	7
	<i>en silencio y atribuyendo el logro a todo el conjunto</i>	4
	<i>Entre los aspectos personales que he trabajado se encuentran la atención, la escucha,</i>	2

<b>REORIENTACIÓN</b>	<i>Cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a mi control, intento reconducir la situación,</i>	1
	<i>En el momento para intentar rencausar la sesión y posteriormente aprender de lo sucedido.</i>	8
	<i>intentando recuperar una atención más armoniosa en el resto de la sesión.</i>	5
	<i>he aprendido a reconducir estas situaciones y he creado estrategias para poder volver a reajustar el encuadre</i>	2
<b>APRENDER A TRABAJAR CON LAS FAMILIAS</b>	<i>La comprensión poliédrica: el niño/la familia/los amigos/la enfermera/el medico/la maestra/la limpiadora...</i>	4
	<i>He trabajado el trato personal con las familias</i>	6
	<i>La capacidad de comunicarse y relacionarse con los familiares</i>	10

## ANEXO 2. REGISTROS DE OBSERVACIÓN

### Diario de Campo

 <p style="text-align: center;"><b>Universidad Complutense Madrid</b></p>	<p><b>FACULTAD DE EDUCACIÓN - CENTRO DE FORMACIÓN DEL PROFESORADO</b></p> <p><b>MASTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL</b></p>		
<b>NO.:</b>	<b>PAG.:</b>	<b>LUGAR:</b>	<b>FECHA:</b>
<b>ARTETERAPEUTA:</b>		<b>USUARIOS:</b>	
<b>MODALIDAD:</b>		<b>CONTENIDO:</b>	
No.	Hora	DESCRIPCIÓN	REFLEXIÓN
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

## ANEXO 3. ENTREVISTAS Y CUESTIONARIOS

**GREGORIO MARAÑÓN**

**Entrevista Enfermera:**

**Gema (Turno de Mañana)**

**¿Cuáles son las características del entorno hospitalario?, ya que quizás para una persona que llegué de nuevas todo parece muy acelerado.**

*Depende del día, hay días que son de mucho movimiento, y hay días que son un poco más tranquilos. Depende un poco de cómo estén los niños, de cómo estén los padres, del carácter que tenga cada uno, de las pruebas que haya que hacer, o sea que depende de un montón de cosas y de factores.*

*Para mi es el día a día, es verdad que al principio te choca. Al principio cuando tú entras en la carrera te choca el ritmo, dependiendo también del sitio en donde estés.*

Según me comentabas tu eres nueva en la Unidad de Cardiología Pediátrica, ¿qué diferencias encuentras con el sitio en el que te encontrabas antes?

*Para empezar, yo estaba en Obstetricia, no tiene nada que ver. Obstetricia, es un sitio bonito, es un sitio de buenas noticias. Todo el mundo está feliz, todo el mundo está contento. Y en esta planta pues no siempre es así, aquí es muy duro, muy duro, aquí todo es muy duro, lo que pasa es que los padres aprenden a sobrellevarlo.*

**¿Cómo aprendes a sobrellevar esa dureza tú, o por ejemplo una enfermera?**

*Yo al principio lo llevé regular, porque tengo un niño, entonces es verdad que siempre te vuelcas o te afecta demasiado.*

**Y ¿cómo lo haces?, ¿cuando sales de aquí intentas desconectar de alguna manera?**

*Lo que pasa es que yo si es verdad que soy una persona que me implico. Y luego sí que hay unos casos que lo pasare fatal, pero yo me implico, porque me gusta, porque son niños. No puedes tratar a ningún paciente como si fuera una enfermedad con patas, pero con los niños encima el trato es mucho más cercano, el trato es mucho más directo, es diferente.*

**Entonces, es diferente el entorno...**

*Sí es diferente el entorno y el tipo de pruebas también.*

**¿Alguna vez os encontráis varios profesionales en el mismo sitio? Por ejemplo que tú llegues a hacerle una prueba a un niño, o que tengas que atenderlo y te encuentres a otros profesionales.**

*Sí, y que con el mismo niño estén varias personas, o con el niño de al lado? Sí, muchas veces.*

### **¿Y este hecho interrumpe tu trabajo? o ¿cómo lo haces?**

*No, tienes que intentar. A ver, depende de la prisa que tengas para hacer lo que tienes que hacer. Hay cosas que pueden esperar y hay cosas que se tienen que hacer en el mismo momento, y tienes que hacerlo a la vez, pues un poco intentar ver cómo hacerlo, es un poco agobiante a veces para el niño, porque es verdad que entramos demasiados, y te toca hacer las cosas un poco como en el tetrax.*

### **¿Qué necesidades personales o emocionales ves en los niños aquí, en la Unidad de Cardiología?**

*Las mismas necesidades de cualquier otro niño.*

*A mí me parece que, para empezar, los niños tienen otras respuestas, totalmente, distintas de las que te esperas. Es verdad, que cuando te lo planteas antes de trabajar aquí, piensas: es duro, es muy duro, son enfermedades que además son muy largas, son intervención tras intervención, estar mucho tiempo aquí. Y como somos adultos, esperamos quizás las reacciones que tendríamos los adultos. Porque tú, lo llevarías fatal, estar aquí día y noche, estar aquí un montón de días, y sin embargo, ellos lo llevan de otra manera que te sorprende un montón. Son niños que están contentos, que ríen que juegan, es verdad que cuando se encuentran mal pues no, pero si ellos más o menos se encuentran bien... para ellos no es tan traumático, quizás, que como para la familia, y reflejan también a la familia, depende mucho como es la familia, en general en ver la reacción del niño.*

### **¿Habías oído hablar alguna vez del arteterapia?**

*He oído hablar de la terapia con plastilina, en oncología, rellenaban dibujos con plastilina.*

### **¿Cómo crees que podríamos ayudar a los niños que se encuentran aquí ingresados por medio del arte?**

*A mí me gusta mucho la estimulación con el arte. Creo que ayuda no solo a estos niños, si no a cualquier niño. Yo los pongo a pintar, porque es lo más accesible.*

## **Entrevista voluntario**

### **ENTREVISTA VOLUNTARIO GREGORIO MARAÑÓN**

#### **ACUDE AL MIERCOLES POR LA TARDE - ocio educativa**

### **¿Qué actividades desarrollan con los niños?**

*Las actividades principales que se realizan se dividen en dos:*

*Acompañamiento a los padres, familiares y sobre todo a aquellos niños que son pequeñitos (bebes). Los cuales suelen estar en la uci, también en planta. Lo que hacemos es dar un apoyo puesto que cuando hay una cardiopatía en un pequeño, son muchas cosas las que se rompen no solamente se rompe el corazón,*

*Y luego con los niños depende de la edad lo que se hace en el acompañamiento sobre todo es el juego si son muy pequeñito bebés pues no, y básicamente dentro del hospital estas son las dos cosas que podríamos plantear.*

### **¿Ese acompañamiento en el juego donde lo hacéis?**

*Depende de las circunstancias, si el niño puede salir de la habitación siempre intentamos que salgan y vayan a un centro donde nos reunimos, en donde tenemos todos los juegos, algún juego digital como la play, y si el niño no puede por los motivos que este viviendo en ese momento, y no puede salir pues lo hacemos en la misma habitación, llevándole los juegos a la habitación, a la cama.*

### **¿En los momentos en los cuales estáis en la habitación normalmente lográis que exista esa intimidad con el niño?, ¿Cómo es el ambiente cuando están en la habitación?**

*El ambiente de intimidad conjuntamente con los padres y lógicamente al estar en su habitación, su espacio, sí que lo tienen claro ellos, y lo que tenemos que hacer nosotros es saber cómo entrar en su espacio en primer plano, en primer lugar como entrar con respeto y lógicamente con la aceptación de sus padres. Una vez que estamos dentro en ese espacio de intimidad, se mantiene la conexión con los niños, que normalmente es muy buena, siendo muy pocos los casos en los que los niños no nos permiten compartir su espacio.*

*Cuando en ocasiones se rompe el ambiente de intimidad por algún tipo de intervención de la enfermera, pues ahí depende, hay veces que si se logra reestablecer la conexión y otras en las que está se rompe por completo, se rompe el espacio de intimidad.*

### **¿Cuáles son las necesidades de los niños en la unidad de cardiología pediátrica a nivel emocional, sentimental, personal?**

*Dependiendo de la edad se dan unas necesidades u otras, no es lo mismo un niño que se encuentra cerca de la adolescencia, que un niño pequeño, son totalmente diferentes. Los niños que están en esa etapa de la adolescencia a veces cuesta mucho más entrar porque no solo es su espacio es su mundo. Tienen necesidades diferentes.*

*En cambio, con los más pequeños la compañía, el ver alguien diferente, alguien que viene hacer reír, arrancar esa sonrisa cuando están muy reprimidos por el dolor que están pasando. Necesitan esa compañía, en los niños incluso en los niños más pequeñitos te puede sorprender en niños de 15 meses, como puedes interconectar con ellos, aunque no llegues actuar con ellos entras ahí y simplemente con la mirada ves como ellos están pendientes de ti, y sientes como en cierta forma estás cerca de ellos y estas supliendo esa necesidad de apoyo y compañía.*

### **¿Has oído hablar de la arteterapia?**

*Si he oído hablar y además es una de las técnicas que se están empleando dentro en la rama de la psicología humanista y yo creo que con muy buenos resultados en los hospitales. Conozco el trabajo que se ha desarrollado con niños en el hospital donde colaboro, en otros hospitales conozco las experiencias apoyando tanto a enfermos como a familiares en duelo. Acompañando cada etapa del proceso del duelo de una manera específica, ayudando a la expresión de sentimientos y emociones.*

### **¿De qué manera puede el arteterapia ayudar a los niños con cardiopatía congénitas?**

*Con relación a lo que he dicho antes sobre el duelo que el arteterapia es una forma de demostrar las emociones, una forma de demostrar los sentimientos, las personas cuando sufren les cuesta hablar y cuando tienen mucho dolor tanto físico como psíquico pueden llegar a un bloqueo total, el arteterapia es*

*un canal, que yo creo se está empezando a trabajar con resultados positivos, y como no con personas con cardiopatías congénitas es muy recomendable.*

**¿Cómo voluntario, counselling (consejero), como crees que debería ser el encuadre psicoterapéutico?**

*A ver, se puede decir que son dos ramas, yo trabajo con menudos corazones colaborando en cardiopatías, hay luego la otra parte como counselling acompañamiento con las personas y depende mucho del problema de la persona, de sus circunstancias.*

*El encuadre enfoca y hay que distinguir algo muy básico y muy prioritario: si la persona es consciente o no de que está siendo ayudada. Aunque parezca muy sencillo en un hospital el encuadre es muy diferente, vas a jugar con el niño estás haciendo un acompañamiento, cuando bajas a la uci y estas con los padres en el dolor, ha surgido un nuevo encuadre.*

*En la técnica de counselling y Gestalt, de hecho counselling tiene apartados de gestalt, en ambos el posicionamiento de las sillas es muy semejante, nunca están enfrentadas. El terapeuta y el cliente, nunca están uno enfrente del otro en 180 grados. Las sillas se suelen colocar a 45 grados con el objetivo de que haya una distancia de un metro más o menos. De esta manera, no se invade a la persona en su espacio. Esto se hace también, para que la persona pueda mirar a otro lado, pero sin evadirse de la conversación, siendo el ayudado el que elige en todo momento, esto es lo que muestra la posición de la silla. Por otra parte, en Gestalt se suele utilizar la técnica de la silla vacía en determinadas circunstancias, se usa una silla como un recurso, cuando el ayudado llega a un momento dado en el que necesita la silla, ésta ha de estar próxima para ser utilizada.*

**¿Cómo suelen ser las salas de sesión, el espacio físico?**

*Los espacios donde yo he venido colaborando el entorno tiene que ser en colores suaves, e incluso si se llegásemos a trabajar con niños, tienen que incluir juegos. Hay que intentar que la persona a la que se va ayudar este lo más cómoda posible. Dentro de las posibilidades, cuando trabajas como voluntario no vas a tener los mejores medios algunas personas pueden llegar a pedir, ¿me puedes conseguir un sitio cerca de la ventana? Pues para determinadas personas el tener la luz cerca de la calle en lugar de un sitio con un patio interior es importante todo este tipo de cosas si se pueden cuidar puede ser fundamental.*

*Otro tipo de detalle a tener en cuenta a nivel personal, es el tema de la caja de pañuelos. En mi caso, a mí me gusta tenerlos retirados, a mano pero retirados, un sitio de ayuda nunca tiene que predisponer al lloro. Las personas entran en el despacho de un psicólogo y siempre ven los pañuelos y entonces saben que van a llorar, que se puede llorar. Pero en realidad lo importante es conectar con las emociones.*

**DOCE DE OCTUBRE**

**Entrevista Jefa de Enfermeras.**

**Raquel Vinagre**

**¿Qué diferencia a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica de otras Unidades o áreas dentro del Hospital en las que se trabaja también con niños?**

*Son unidades de alta complejidad, son unidades en las que los pacientes están graves, están multimonitorizados, tienen alta complejidad no solo tecnológica, complejidad en los cuidados. Difiere en cuanto a ratio de personal, están a pie de cama, más o menos la distribución de recursos humanos que tengo es una enfermera para dos puestos, lo que implica una vigilancia intensiva (Unidad de Cuidados Intensivos), los pacientes son muy dinámicos pueden permanecer muy estables pero en cualquier momento se inestabilizan, tiempo oro para poder sobrevivir a la situación de emergencia que puedan vivir los pacientes.*

**Teniendo en cuenta todo lo que me has estás comentando acerca de la ratio de personal por cada paciente y de la vigilancia constante a pie de cama, supongo que ¿habrá muchas veces que haya muchos profesionales a la vez con un mismo niño?**

*Trabajamos desde un punto de vista multidisciplinar y esto implica que al cuidado de un niño van a estar distintos estamentos y distintas categorías y distintas especialidades dependiendo del origen, de la causa que le lleva al niño a estar aquí, a veces tenemos etiqueta diagnóstica, a veces no, a veces el niño debuta con un problema y hay que buscar la causa de ese problema para intentar no solo paliar el síntoma si no tratar la causa, y esto implica la interrelación de muchos profesionales. De base: enfermera, auxiliar, pediatra o anestesta, dependiendo de, porque está unidad es una unidad muy compleja porque son dos equipos médicos distintos que atienden a niños distintos, pero que comparten espacio físico y el personal de enfermería sí que es el mismo para todos los profesionales.*

*Recapitulando: enfermera, auxiliares, pediatra o anestesta, y luego interrelacionan mucho aquellos profesionales que tengan que ver con su problema, si es un problema neuroquirúrgico pues vendrán cirujanos neuroquirúrgicos pediátricos, si es un problema cardíaco intervendrán cirujanos cardíacos, hemodinamistas (dependiendo de la gravedad del niño), cardiólogos... una amplia cantera de profesionales, que en un momento crítico se puede juntar en un único box, atendiendo a un mismo niño.*

### **¿Cómo es el ambiente dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos?**

*Caótico (risa). En general las Unidades de Cuidados Intensivos no son tranquilas, hay un ambiente de alerta permanente y de actuaciones inminentes, ya que cuando el paciente tiene una situación emergente, hay que actuar y evidentemente esto no supone la calma, por eso se adecúan los recursos humanos, las plantillas están diseñadas dependiendo de donde estés, dependiendo de la carga de trabajo, se intentan ajustar los ratios.*

*Si bien esto es caótico, entre otras cosas se debe al doble equipo médico que atiende, por ejemplo un enfermero puede estar a cargo de dos pacientes: uno de pediatría y otro de anestesia, y en ambos casos "tener que correr", esto puede ser un estado permanente, indudablemente cuando baja la ocupación, lo cual no es muy frecuente porque solemos estar con ocupaciones muy elevadas, pues está un poco más tranquilo. Pero, normalmente hay mucho movimiento de pacientes, porque salen unos y entran otros. Todos los días vienen cirugías, todos los días, lo que hace que haya que gestionar que niños pueden ir a planta por encontrarse más estables para poder acoger a los que vienen. Todo esto se intenta organizar pero no deja de ser: DIFÍCIL.*

### **¿De qué manera piensas que el arteterapia puede ayudar a los niños que se encuentran en la UCI?**

*Es verdad que en estas Unidades hay distinto tipo de pacientes:*

- *pacientes que están completamente sedados, lo que supone que su interacción emocional es poca, nos manejamos más por datos clínico... sabemos si tienen dolor, si están más o menos sedados,*

- *y tenemos otro tipo de pacientes, pacientes que están más cronificados, pacientes que en otra época no tuvieron la probabilidad de supervivencia que tienen hoy, hoy sobreviven, pero sobreviven con una cronicidad (cada vez hay más niños de ese tipo)*
- *y luego tenemos a los postquirúrgicos inmediatos, que son niños que tienen un perfil más adecuado para el arteterapia (probablemente será con los que más habéis entrenado vosotras), ya que se trata de aquellos niños que pueden colaborar más, cuyo rango de edad va desde los 5 hasta los 17 años.*

*Ya sea con un tipo de pacientes (pacientes crónicos) o con otro (postquirúrgicos inmediatos) pienso que todas las figuras que intenten canalizar las emociones, son fundamentales. En este momento, yo creo que en el país no se contempla, pero pienso que todas estas figuras de apoyo y de canalización nos vienen muy bien. Son situaciones difíciles para los niños y para las familias, por lo que siempre intentamos contar con profesionales en prácticas que nos ayuden a solucionar los problemas de tipo emocional.*

### **Entrevista Musicoterapeuta que trabaja en UCI**

**¿Cómo qué características tiene la UCI pediatría que difiriera de otros lugares como planta, la forma de organización, personal, ambiente?**

*En la UCI principalmente, la gente está más delicados, por eso no es lo mismo la UCIP que planta. Yo he trabajado poco en planta, pero cuando he ido a planta en muchas ocasiones, mi trabajo consiste en que el niño no se aburra, el niño está estable, en el proceso de marcharse a casa, la familia normalmente se encuentra en una situación diferente más tranquila porque se ve una salida, en la UCI no siempre se ve una salida entonces la situación no solamente del paciente, si no de la familia es mucho más angustiada, no es la misma, es asfixiante hay muchísimas más personas y permanentemente. En planta, cuando he hecho alguna sesión, generalmente, solo estoy yo con el paciente, en alguna ocasión alguno de los padres se queda a la sesión pero no participa.*

*En la UCIP en la sesión está el niño, los padres, los enfermos, los médicos que son varios que todo el rato están haciendo su trabajo, poniendo cables, medicamento por aquí, medicamento por allá... En definitiva tú la sesión la acabas haciendo con un motón de gente a tu alrededor, muchas veces tienes que terminar bruscamente la sesión porque viene un ingreso hay que salir todo el mundo, se acaba ya porque hay que irse, porque hay que hacer un tac y hay que irse ya! o empiezas y acabas la sesión porque hay que irse.*

**¿De qué manera afrontas esos momentos imprevistos, como te sientes como profesional?**

*Asumes cuando trabajas ahí que eso puede pasar, pero si se tienen que llevar al niño a un cateterismo, entra un ingreso, tienen que hacer un tac, tienes que contar con ello. Sí es cierto, que hay veces que dices "¡jo, qué rabia estaban saliendo cosas super – interesantes! Pero es lo que hay, cuando trabajas así lo asumes antes de entrar.*

**¿Alguna vez se puede retomar?**

*Si van hacer una placa y regresa en 3 minutos, normalmente se retoma no hay dificultad en hacerlo. Algo importante es que antes de empezar a trabajar en la UCIP hablo con el personal sanitario que es quien me orienta, pues empieza con este niño o con este otro, a este no porque este tiene que hacer muchas pruebas, empieza mejor en el otro box en este estamos muy liados, y te pasas luego, eso también te ayuda a evitar interrupciones, pero de haberlas las hay, normalmente se puede retomar.*

**¿Qué aspectos has tenido que trabajar más, personales como músico terapéutica para poder desarrollar ese trabajo en el hospital?**

*Pues sobre todo al principio porque me daba pánico trabajar en una UCI, trabajar en un hospital, de hecho me ofrecieron el puesto hace 4 años y dije que no. Pensaba que no iba a ser capaz de trabajar en un hospital, yo soy maestra, estoy acostumbrada a trabajar con niños sanos y familias sanas, entonces el hecho y el contexto hospitalario donde hay muchos niños que no están sanos y en muchos casos están muy mal y en muchos otros no salen de ellos, no me hacía mucha gracia en su momento dije que no al proyecto. Cuando me lo han vuelto a ofrecer 4 años después, me apetecía un montón creo que es la situación personal en la que te encuentres en su momento, ahora mismo estoy encantada, si lo hubiera cogido hace 4 años atrás habría sido un desastre, habría durado una semana o dos o poco más, y ahora me encanta me siento bien en la UCI, se lo a lo que voy, se lo que va a pasar o se lo q puede pasar hay ciertos momentos que no me gustan lógicamente, pero pues igual que asumes en el lugar en el que estas, asumes que hay cosas que no te gustan, que pueden llegar, y van llegar a pasar.*

**¿Cuándo llegan como lo trabajas, cómo los elaboras personalmente?**

*Pues intento normalmente si hay posibilidad porque ha sido una familia cercana de acompañar a la familia, intento tener ese rato de acompañamiento.*

*Si intento tener un rato luego solo mío, yo sola conmigo misma, pues para elaborármelo yo. Es decir, para llorar si hace falta, proporcionarme mi lugar, que mis sentimientos salgan, llorar, no llorar, pensar, lo que sea... si procuro buscarme mi huequito, hace poco falleció un niño yo estaba fuera de España, en un momento de ese viaje me busque un huequito para ponerme a pesar, yo lo vivo y le dedico ese rato a ese niño y a esa familia, yo me siento en ese un momento un poco más cerca de ellos y tiras para delante y porque ves que a pesar de haber casos no salen (muy tristes), también ves casos alucinantes, y tiras adelante.*

## CUESTIONARIOS Y PREGUNTAS ABIERTAS ARTETERAPEUTAS

Nombre del arteterapeuta: Terapeuta 1

Hospital en el que desarrolla su trabajo: Ramón y Cajal, Gregorio Marañón y 12 de Octubre.

Área o Unidad: Unidad médico-quirúrgica de Cardiología Pediátrica, Unidad de Cardiología Pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante 1	Poco importante 2	Algo importante 3	Importante 4	Muy importante 5
Horario / duración			x		
Modalidad de trabajo (individual/grupal)				x	
Lugar (habitación/sala)				x	
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.				x	
Material				x	
Acompañantes			X		
Interrupciones			x		
Libertad de expresión					x
Posición Terapéutica					x
Objetivos					x

¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?

El afrontamiento de situaciones duras, como el fallecimiento de algún paciente, ya que al ser maestra estoy acostumbrada a trabajar con niños sanos. También he tenido que aprender a separar ámbitos, para no llevarme los problemas o situaciones de los pacientes a casa.

¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?

Normalmente, no me importante tanto que las cosas en una sesión se escapen a mi control, ya que pienso que pueden ser una oportunidad. Pero aquellas ocasiones en las que a pesar de tratar de utilizar e integrar las cosas, es imposible, y veo que el proceso ha sido interrumpido me siento un poco frustrada.

Nombre del arteterapeuta: Terapeuta 2

Hospital en el que desarrolla su trabajo: Hospital Puerta de Hierro

Área o Unidad: Pediatría

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración					x
Modalidad de trabajo (individual/grupal)					x
Lugar (habitación/sala)					x
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.				X	
Material			x		
Acompañantes					x
Interrupciones				X	
Libertad de expresión					x
Posición Terapéutica					x
Objetivos				X	

¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?

La atención, la escucha, focalizar en la otra persona pero sintiéndome a mí misma, como me afectaban las interrupciones tanto de familiares como de personal médico. Saber llevar relaciones que consideraba no apropiadas de niño y acompañante.

¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?

Es una cosa que poco a poco he aprendido a reconducir y controlar. Al principio reconozco que muchos padres rompían el encuadre y me frustraba, pero observando que pasaba he aprendido a reconducir estas situaciones y he creado estrategias para poder volver a reajustar el encuadre, ya sea incluyendo a los padres dentro de las actividades o sugiriéndoles hacer cosas fuera del proceso creativo.

Nombre del arteterapeuta: Terapeuta 3

Hospital en el que desarrolla su trabajo: Hospital Universitario Puerta de Hierro

Área o Unidad: Pediatría

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración				X	
Modalidad de trabajo (individual/grupal)			X		
Lugar (habitación/sala)			X		
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.				X	
Material					X
Acompañantes				X	
Interrupciones					X
Libertad de expresión					X
Posición Terapéutica					X
Objetivos					X

¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?

He trabajado mucho "el cambiar el foco de atención desde mi persona hacia el niño". Al principio me influían muchos factores y he intentado trabajar por qué me afectaban, tratando de ver cómo le afectaba a los niños que son los principales en este contexto.

¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?

En un principio me siento mal porque no he podido antecederme a los problemas, pero intento reconducir la situación, pensando en qué intervenciones son las apropiadas para que las cosas vayan por el mejor camino y que produzca beneficios para el niño hospitalizado.

Nombre del arteterapeuta: Terapeuta 4

Hospital en el que desarrolla su trabajo: La Paz

Área o Unidad: Oncología pediátrica y trasplantes pediátricos

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración				x	
Modalidad de trabajo (individual/grupal)				x	
Lugar (habitación/sala)		x			
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.					x
Material		x			
Acompañantes		x			
Interrupciones			x		
Libertad de expresión					x
Posición Terapéutica		x			
Objetivos				x	

**¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?**

- La flexibilidad. Siempre se puede hacer algo si no te opones al viento.
- La comprensión poliédrica: el niño/la familia/los amigos/la enfermera/el medico/la maestra/la limpiadora...
- La aceptación de mis límites y los del trabajo. No puedo ocuparme de todas las necesidades. No lo sé todo. *La Arteterapia no va a cambiar el mundo...* Establezco prioridades.
- La humildad y la autoestima "ajustada": sé quién soy, sé el valor de lo que hago. No busco que los demás me lo reconozcan, ni me lo confirmen. Lo primero es la patología física (es un hospital). También sé que dentro del gran problema de la enfermedad soy solo un punto en un universo. Pero es cierto que si las cosas me salen bien este punto puede hacer algo muy bueno... (en silencio y atribuyendo el logro a todo el conjunto).

**¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?**

El caos es parte de la vida. Me siento viva. Me siento en trabajo *de campo* y no en laboratorio. Me da mucha información sobre el paciente, el entorno y sobre mí.

El afrontamiento es: ¡levanta las orejas! ¿Qué escuchas? ¿Es importante o no lo es? ¿Qué puedes afrontar ahora y qué hay que dejar? Céntrate en lo que puedes sacar adelante ¡hazlo ya y cuando encuentres un punto bueno de remontada páralo por hoy! Terminado, haz análisis de lo que ocurrió y lo que harás si ocurre algo parecido la próxima vez. Repasa si algo se estropeó y si puedes subsanarlo y en qué periodo de tiempo (cuanto antes).

Nombre del arteterapeuta: Terapeuta 5

Hospital en el que desarrolla su trabajo: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Área o Unidad: Unidad de Cuidados Paliativos

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con adultos hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración				X	
Modalidad de trabajo (individual/grupal)					X
Lugar (habitación/sala)					X
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.				X	
Material				X	
Acompañantes				X	
Interrupciones				X	
Libertad de expresión					X
Posición Terapéutica				X	
Objetivos					X

¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?

Elaboración de las pérdidas y duelos en la propia biografía.

Adaptación a la situación de "soledad" profesional, en cuanto no hay intercambio posible con otros arteterapeutas en mi lugar de trabajo.

Aceptación de las dificultades de contratación laboral (plazos temporales de duración variable).

¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?

No suele pasarme este tipo de situación porque no concibo el acompañamiento arteterapéutico desde la necesidad de "controlarlo todo". Aceptación de que sería una tarea imposible. Si de alguna manera las cosas siguen un curso no muy favorable o no fluido/espontáneo, mi sistema para afrontarlo es procurar centrarme en las necesidades relacionales en el aquí-y-ahora de la persona que acompaño (porque en una situación así, es probable que se haya producido una desconexión a este nivel) y tratar de estar en sintonía con ellas, con el fin de recuperar una atención más armoniosa en el resto de la sesión.

Nombre del arteterapeuta: Terapeuta 6

Hospital en el que desarrolla su trabajo: Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda

Área o Unidad: Área de pediatría y Neonatología

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración			X		
Modalidad de trabajo (individual/grupal)					X
Lugar (habitación/sala)					X
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.					X
Material			X		
Acompañantes					X
Interrupciones					X
Libertad de expresión					X
Posición Terapéutica					X
Objetivos					X

¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?

La ANSIEDAD con respecto al aparataje y contexto hospitalario. FLEXIBILIDAD, PACIENCIA, AUTOCONTROL, DISTANCIA terapéutica, EL TRATO PERSONAL CON LAS FAMILIAS

¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?

En el momento, si esta fuera de control como puedo; si estoy con una compañera intento pedirle opinión en el momento. Si estoy sola suelo quedarme paralizada, reflexionando, pero no siempre es así.

Lo primero que observo y porque creo que es lo más importante, es si el niño está sufriendo y si está en mis manos poderlo evitarlo.

Pero lo que sí que hago en una situación así, es reflexionarlo desde la distancia. Cuando se acaba la sesión y te vas a casa, analizo lo que ha pasado y le doy la importancia que considero que se merece. Lo comento con mis compañeras e intentamos pensar en futuras mejoras. Si me deja muy alterada, me pongo en contacto con algún profesional que me supervise y pueda contrastar que es lo que ha pasado.

Nombre del arteterapeuta: Terapeuta 7

Hospital en el que desarrolla su trabajo: Hospital Universitario Puerta de Hierro

Área o Unidad: Neurología, neurocirugía, pediatría y Hospital de Día de Psiquiatría

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración				x	
Modalidad de trabajo (individual/grupal)				x	
Lugar (habitación/sala)				x	
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.					x
Material			x		
Acompañantes					x
Interrupciones			x		
Libertad de expresión				x	
Posición Terapéutica					x
Objetivos				x	

¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?

El trabajo en equipo

¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?

Depende del motivo por el cual todo escapa de mi control es la manera en la que me siento, pero creo que en ningún momento se me escapo "todo" de control.

Al perder el control de ciertas cosas que sucedían, me sentía molesta y frustrada. El afrontarlo tenía dos niveles, en el momento para intentar rencausar la sesión y posteriormente aprender de lo sucedido.

Nombre del arteterapeuta: Terapeuta 8

Hospital en el que desarrolla su trabajo: LA PAZ

Área o Unidad: TRASPLANTES

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración				X	
Modalidad de trabajo (individual/grupal)				X	
Lugar (habitación/sala)				X	
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.					X
Material					X
Acompañantes				X	
Interrupciones					X
Libertad de expresión					X
Posición Terapéutica				X	
Objetivos					X

**¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?**

- Desarrollar la capacidad de adaptación a las circunstancias cambiantes debido a que en ocasiones el proceso está sujeto a imprevistos o no se dispone de la información suficiente como para ajustar la intervención a la situación en la que se debe desarrollar el proceso.
- Desarrollar la capacidad de incluir a los familiares presentes durante el proceso arte terapéutico en la intervención.
- Desarrollar la capacidad de observación, análisis y autoanálisis

**¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?**

Dependiendo de las causas por las que todo se haya escapado de mi control me siento de una manera u otra.

Si esto ocurre por causas ajenas a mí y no está en mi mano encauzar la situación me siento menos responsable y por lo tanto mejor que si el descontrol ha sido causado por una intervención mía pero creo que también es importante valorar los parámetros según los cuales se considera una situación descontrolada o si esta situación es en sí misma terapéutica, porque sirva para explicitar algo que pueda favorecer el proceso del paciente.

**Nombre del arteterapeuta:** Terapeuta g

**Hospital en el que desarrolla su trabajo:** LA Paz, Madrid.

**Área o Unidad:** Pediatría I y II y trasplantes

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración					x
Modalidad de trabajo (individual/grupal)				x	
Lugar (habitación/sala)				x	
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.					x
Material				x	
Acompañantes					x
Interrupciones					x
Libertad de expresión					x
Posición Terapéutica					x
Objetivos				x	

¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?

La capacidad de adaptación a las muy diferentes circunstancias y acontecimientos que surgen.

La escucha activa.

¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?

Intento silenciarme para ser más capaz de observar lo que está pasando. Lo afronto desde una actitud profesional y con seguridad, sin olvidar los objetivos y analizando a qué se debe lo sucedido y como es mejor actuar.

**Nombre del arteterapeuta:** Terapeuta 10

**Hospital en el que desarrolla su trabajo:** La Paz y 12 de Octubre

**Área o Unidad:** - La Paz – plantas de pediatría 1 y trasplantes (de cama a cama) y sala de hemodiálisis (en grupo). - 12 de Oct. – UCIP (de cama a cama).

Qué grado de importancia o peso le otorgas a los siguientes aspectos dentro de tu trabajo arteterapéutico con niños y niñas hospitalizados.

ITEMS	Nada importante	Poco importante	Algo importante	Importante	Muy importante
Horario / duración		X			
Modalidad de trabajo (individual/grupal)		X			
Lugar (habitación/sala)			X		
Límites, confidencialidad, acuerdo terapéutico, etc.					X
Material				X	
Acompañantes				X	
Interrupciones				X	
Libertad de expresión					X
Posición Terapéutica					X
Objetivos				X	

**¿Qué aspectos personales has tenido que trabajar para poder desarrollar mejor tu trabajo en el hospital?**

- La gestión de las propias emociones – más que nada para no llevar las vivencias del hospital a casa (particularmente en la UCIP).
- La capacidad de comunicarse y relacionarse con los familiares mientras siempre poniendo las necesidades del niño primero. Tratamos con los niños y con sus familias pero ante todo estamos ahí para trabajar con los niños.
- La habilidad de adaptarse ante cualquiera situación y de no tomar “rechazos” (desde los pacientes o el personal) como fracasos.

**¿Cómo te sientes cuando en medio de una sesión, de repente, todo se escapa a tu control?, ¿Cómo lo afrontas?**

El ámbito hospitalario presenta desafíos porque es un lugar donde confluyen muchas personas diferentes. Como arteterapeutas podemos pedir que no haya interrupciones de la parte de las enfermeras o que los familiares se vayan a tomar un café durante la sesión pero muchas veces ocurren situaciones que no se pueden controlar (si es un familiar que interviene mucho en el proceso creativo del niño o una enfermera o voluntarios que interrumpen constantemente). Creo que es importante saber esto antes de entrar a trabajar – el hospital muchas veces no presenta el encuadre terapéutico ‘ideal’. El arteterapeuta necesita saber cómo improvisar y adaptarse a cada situación, a cada niño, a cada familiar, a cada enfermera.

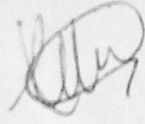
## ANEXO 4. DOCUMENTOS

### Evaluación de la Tutora Profesional

6. APORTACIONES DEL ALUMNO/A AL CENTRO: INTRODUCCIÓN DE LA ARTETERAPIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

Técnicas y/o métodos de evaluación global de las prácticas utilizados en el Centro: SEGUIMIENTO CONTINUO Y ACOMPAÑAMIENTO REUNIONES PERIÓDICAS

OBSERVACIONES DEL TUTOR/A:  
MUY BUENA DISPOSICIÓN PARA CUALQUIER PROPUESTA TANTO LAS FAMILIAS COMO EL PERSONAL SANITARIO HAN QUEDADO SATISFECHOS TRAS LAS SESIONES INICIATIVA A LA HORA DE TRABAJAR EN EL HOSPITAL FLEXIBILIDAD Y ADAPTACIÓN BUENA A LAS CIRCUNSTANCIAS DEL HOSPITAL



Fecha y firma del tutor/ra  
Madrid, a 24 de ABRIL de 2013

## Compromiso de Confidencialidad



Menudos Corazones  
Fundación de Ayuda a los Niños con Problemas de Corazón

### Compromiso de confidencialidad

D/D.ª ..... mayor de edad, con  
DNI ....., en su condición de estudiante en prácticas en de esta  
organización, por la presente se compromete y obliga a guardar absoluta  
confidencialidad sobre todos los datos e información de carácter personal que conozca  
o a los que tenga acceso como consecuencia de la actividad de voluntariado que  
desarrolle en los programas de la entidad, así como aquella que accidentalmente  
pueda conocer y especialmente los relacionados en los apartados 2 y 3 del artículo 7  
de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de carácter personal, cualquiera  
que sea o haya sido la forma de acceso a tales datos o información y el soporte en el  
que consten, quedando absolutamente prohibido obtener copias sin previa  
autorización, así como facilitar la información en cualquier forma o soporte a personas  
que no compartan la actividad concreta, utilizando para su actividad voluntaria la  
información mínima necesaria para la realización.

El acceso y tratamiento de datos de carácter personal como consecuencia de la  
relación y actividad indicada, lo realizará de acuerdo a las finalidades previstas y  
acorde con la legislación vigente que conoce y sobre la que ha sido formado/a,  
subsistiendo el deber de secreto aun después de que finalice dicha relación con la  
actividad o con la entidad (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección  
de Datos de Carácter Personal y Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el  
que se aprueba el Reglamento de desarrollo).

El Estudiante en Prácticas

V.º B.º Responsable Voluntariado

Nombre, apellidos y DNI:


Elena Rodríguez Roncero

53491959 P

Coordinadora de voluntariado en hospital

C/ Emergenciana Zurilla, 35 B. 28039 Madrid. Tel. 91 373 67 46 – 91 386 61 22  
E-mail: [informacion@menudoscorazones.org](mailto:informacion@menudoscorazones.org) – [www.menudoscorazones.org](http://www.menudoscorazones.org)

# Hoja de registro Fundación



Id   P Psicológico  P Juego  Musicoterapia  Arteterapia  Atendido por   Cardiopatía

Socios

**DATOS PERSONALES**

Nombre paciente  Apellidos  Año de nacimiento  Edad

Rol de atendido  Otros, especificar  Nombre Adulto atendido  Sesión conjunta

Nombre madre  Nombre padre  Teléfono

Localidad/Provincia  CCAA  Riesgo de exclusión   
Tipo de riesgo:

**INTERVENCIÓN**

Fecha intervención   1ª consulta  Seguimiento  Dif aprendizaje

Hospital  Si es otro Hospital, especificar

Tipo de intervención  Forma de intervención

Beneficiarios indirectos

Observaciones

## ANEXO 5. TABLA

### CONCEPCIONES DEL ARTE

La Teoría del Arte como Imitación (mímesis):	Las Teorías Estéticas del Arte:	La Teoría del Arte como <i>Forma Significante</i> (formalismo):	La Teoría del Arte como Expresión (autoexpresión):	La Teoría del <i>Mundo del Arte</i> y/o Teoría Institucional:
El arte es un espejo que refleja la naturaleza y el mundo circundante. Se incide en la naturaleza figurativa de la pintura y la escultura.	El arte es tal en tanto experiencia estética, entendida ésta como el encuentro del ser humano por medio de los sentidos con la belleza.	Se subraya el aspecto y la composición de la obra de arte (su forma), más que su narrativa o su contenido.	El arte aclara y refina ideas y sentimientos que se comparten con la persona que lo contempla. El arte como medio de comunicación.	El arte como categoría sociológica, no se puede definir en términos estrictamente perceptivos. Lo que hace que algo sea Arte es una cierta "teoría del arte".
Se valora la veracidad de las representaciones. El arte imita el bien.	El valor del arte se encuentra en su "belleza". Los juicios estéticos son desinteresados, universales y necesarios.	El valor de la obra de arte depende de la calidad de su organización formal (líneas, colores, conformación y tonos).	El máximo valor del arte debería ser transmitir percepciones y verdades fundamentales sobre lo que significa ser humano y estar en el mundo.	El valor máximo de la obra de arte consiste en que determinada institución social (museo, galería, etc) le otorgue el estatus de candidata a la apreciación.
<b>Platon:</b>  <i>La Republica</i> <b>Aristóteles</b>	<b>Kant:</b>  <i>Critica del Juicio</i>	<b>Clive Bell:</b>  <i>Art</i>	<b>Collingwood:</b>  <i>The Principles of Art</i>  <b>Leo Tolstoy:</b>  <i>What is Art?</i>	<b>Arthur Danto:</b>  <i>The Artworld</i>  <b>George Dickie:</b>  <i>The New Institutional Theory of Art</i>