

# Arteterapia en una Unidad de Cuidados Paliativos

## Estudio de tres casos clínicos

Núria Molina Amate

Máster en Arteterapia por la Universidad de Barcelona. Co-directora del Centro “Artteràpia Granollers”. Licenciada en Filosofía y DEA en Filosofía Moral con una tesina sobre la relación médico-paciente en el final de la vida. Ha cursado los Postgrados de “Bioética y calidad de vida” y “Educación Emocional” por la Universidad de Barcelona. Trabaja como arteterapeuta, conferenciante, formadora y dinamizadora de equipos de trabajo en el ámbito docente, sanitario y empresarial.

[nuria@artterapiagranollers.com](mailto:nuria@artterapiagranollers.com)

---

### PALABRAS CLAVE

Arteterapia  
Cuidados paliativos  
Muerte  
Proceso creativo  
Cáncer

### SUMARIO

Este trabajo presenta la aplicación del arteterapia en una unidad de cuidados paliativos de un hospital público. Se exploran tres casos clínicos de personas adultas que se encuentran en sus últimos días de vida. Las tres presentan diferentes características en cuanto a la necesidad de expresión emocional y de acercamiento a los materiales plásticos. En todos se puede observar como el proceso de creación puede facilitar la expresión emocional, aliviando el sufrimiento, en un enfoque del aquí-ahora.

---

### KEY WORDS

Art Therapy  
Palliative care  
Death  
Creative process  
Cancer

### ABSTRACT

This essay will show the use of art therapy in a palliative care unit in a public hospital. The focus will be in three main aspects that stem from this intervention. Three clinical cases will be presented on three adults that are in the latter stages of their life. These three patients have different needs when it comes to expressing their emotions and their approach to plastic materials. In all patients it is possible to notice how their emotional expression can be facilitated by creating and its process; resulting in a relief in their suffering in a here-and-now process.

---

*“La vida de la mayor parte de los hombres no es más que una lucha constante por su existencia misma, con la seguridad de perderla al fin. Pero lo que les hace persistir en esta fatigosa lucha no es tanto el amor a la vida como el temor a la muerte que, sin embargo, está en el fondo y de un momento a otro puede avanzar. La vida misma es un mar sembrado de escollos y arrecifes que el hombre tiene que sortear con el mayor cuidado y destreza, si bien sabe que, aunque logre evitarlos, cada paso que da le conduce al total e inevitable naufragio, la muerte. Ella es la postrera meta de la fatigosa jornada, que le asusta más que los escollos que evita”*

*Arthur Schopenhauer, El mundo como voluntad y representación, IV, 57*

### INTRODUCCIÓN

Como punto de partida podemos decir que el objetivo principal de los cuidados paliativos, según la OMS (Organización Mundial de la Salud) consiste en:

“El cuidado total y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas, y de problemas psicológicos, sociales y espirituales, adquiere en ellos una importancia primordial. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la máxima calidad de vida posible para los pacientes y sus allegados” (Arranz et al., 2005, p. 17).

La calidad de vida, sin embargo, es algo difícil de medir y una de sus grandes dificultades reside en que tiene un elevado componente subjetivo, en el que se incluye el apoyo social y familiar, en cómo son percibidos por el paciente, convirtiéndose así en elementos esenciales a tener en cuenta en la valoración de la calidad de vida. En los cuidados paliativos, el enfermo y la familia son la unidad a tratar. Por otro lado, la promoción de la autonomía y la dignidad del enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Para ello será necesaria una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación adecuada que influirá de manera decisiva en el control de síntomas de la persona en su etapa final de la vida.

## **Arteterapia en cuidados paliativos**

Sobre el arteterapia en cuidados paliativos Pratt (1998) afirma que tiene un papel muy útil, ya que ayuda a los pacientes y familiares a establecer contacto y dar sentido a sus sentimientos más profundos, especialmente en los momentos de crisis. Podría decirse que cada dibujo, garabato, recorte o cualquier otra acción realizada en el contexto de las sesiones de arteterapia es una expresión de la persona que lo realiza. Es una forma de hablar y, a menudo, una forma de nombrar sin palabras lo que sería demasiado doloroso de escuchar. A veces porque ni tan solo se puede hacer consciente.

El arteterapia puede ser una intervención valiosa para aliviar el sufrimiento en la atención sanitaria en el proceso de final de la vida. En estos momentos la intensidad de emociones como el miedo, la rabia, la impotencia o la desesperación pueden ser muy devastadoras. La imposibilidad de gestionarlas puede conducir a que la persona que está en el final de su vida decida vivir esta última experiencia en silencio para no apabullar ni preocupar a sus seres queridos, sintiendo así una mayor soledad. En este sentido el trabajo del arteterapeuta “puede facilitar lo que puede ser un proceso difícil, proporcionando la posibilidad de descargar –de liberarse–” (Pratt y Wood, 1998, p. 14). Así, “... un objetivo principal en el arteterapia es ayudar a los pacientes atendidos con cuidados paliativos a mejorar la comprensión de su situación” (Connell, 1992, p. 24)<sup>i</sup>.

La obra de arte puede ser un puro divertimento, un “pasar el rato”, también puede permitir liberar, explorar o reconocer emociones dolorosas. En cualquier caso “el proceso de creación de imágenes ofrece un medio de explorar y cuestionar lo que está sucediendo en el cuerpo, la mente y el espíritu. Significativamente, también puede conducir a la experiencia inmediata de la fe, la esperanza y un reconocimiento de lo que se ha vivido”. (Connell, 1992, p. 20)<sup>ii</sup>.

En suma, podemos decir que el objetivo general del arteterapia en cuidados paliativos contribuye a favorecer la calidad de vida de las personas que se encuentran en sus últimos momentos de vida, cuidando y acompañando. También puede ayudar a sus familiares a elaborar el proceso de duelo saludablemente, así como en los profesionales a liberarse de las tensiones producidas por el contacto continuo con situaciones vitales tan extremas. La obra de arte puede ser un medio que facilite la reducción del dolor psicológico. En sus imágenes el paciente puede explorar dificultades y ansiedades relacionadas con los tratamientos y los síntomas, aspectos de su vida, de sus sentimientos y emociones, como pueden ser el deseo de sobrevivir o el cómo reconciliarse uno mismo con su mortalidad y aceptar la muerte, su muerte.

## **CASOS CLÍNICOS**

A continuación se van a exponer las sesiones de arteterapia mantenidas con tres personas ingresadas en una unidad de cuidados paliativos de un hospital público. Para comprender mejor el contexto, antes de abordar cada uno de ellos, se hará mención al setting externo de las sesiones: la habitación del paciente como sala de arteterapia.

### **La habitación del hospital como sala de arteterapia**

Las sesiones de arteterapia ocurrieron en la habitación de los pacientes. A menudo ellos en la cama y yo en una silla a su lado, usando como mesa de trabajo la misma que usaban para comer. Los materiales los transportaba en un pequeño maletín de plástico.

Invitaba a los familiares y amigos que estaban de visita a salir de la habitación. En la mayoría de casos establecí pactos para que el enfermo no se quedase solo. Es decir, acordaba con los acompañantes que si la sesión finalizaba antes de la hora que se había previsto, les avisaría y me mantendría en la habitación hasta que ellos regresasen. Calmaba su ansiedad de no dejarles solos, abandonados. Para algunos familiares las sesiones se convirtieron también en una forma de relajarse, y aprovechaban para salir del hospital. En más de una ocasión comentaron que era como “un tiempo de regalo”. Con el personal sanitario se consiguió que los médicos no interrumpiesen las sesiones, esperando a pasar visita al terminar. Con las enfermeras no fue posible, así que tocó gestionar las emociones que estas interrupciones generaban.

Trabajar en un hospital, y en concreto en una unidad de cuidados paliativos, obliga a buscar soluciones creativas y no verse arrastrado por estas dificultades. En suma, como dice Camilla Conell (1992, p. 19):

“[el setting de] Arteterapia en cuidados paliativos es muy diferente al que se encuentra en la misma disciplina en otros contextos. El terapeuta no puede conducir, sólo puede acompañar, ya que sólo van a encontrarse una vez a lo largo de este camino. ¿Es posible evaluar el beneficio de una oportunidad creativa de esta naturaleza? ¿Esto es posible para todos, o sólo para algunos? Nunca se puede juzgar sólo por las apariencias si alguien se beneficiará o no. Alguien puede encontrarse muy débil y enfermo y aún y así se puede ver beneficiado por este proceso”<sup>iii</sup>

### Casos clínicos de Juan<sup>iv</sup>, Gloria y Sofía

Se han escogido estos tres casos clínicos atendiendo a las diferencias en la capacidad comunicativa de los pacientes. Cada uno de ellos muestra unas dificultades en ésta competencia. En el caso de Juan, no quería hablar de su enfermedad ni del hecho de saber que se estaba muriendo. Negaba cualquier posibilidad de hablar de ello con sus familiares y seres queridos lo que les estaba provocando sufrimiento e impidiendo la despedida. En el caso de Gloria era al revés, ella necesitaba hablar de lo que estaba sintiendo, despedirse de las personas a las que quería y éstas impedían el diálogo negando la situación y comentando que se curaría. En el caso de Sofía, se habían agotado todas las vías comunicativas e imperaba el silencio lo que hacía que las relaciones fueran muy tensas, también con el equipo médico. En los tres casos, las sesiones de arteterapia permitieron a los pacientes crear un puente comunicativo y expresar emociones intensas que favorecieron cambios en la relación con la familia y/o el equipo médico del hospital.

#### Caso 1: Juan

*Historia clínica:* Juan, de 47 años, ingresó en la unidad de cuidados paliativos con una neoplasia de pulmón en estado avanzado, sin posibilidad de tratamiento, diagnosticado tres meses antes de nuestro encuentro, con una esperanza de vida de tres meses más. Antes del ingreso había padecido mucho dolor y en este momento se encuentra dependiente de la unidad de cuidados paliativos por la medicación. No tiene deterioro cognitivo y ha pedido irse a casa, siempre que le controlen la medicación para el dolor. Parece ajustado a diagnóstico y pronóstico, es decir, sabe que le ocurre y cómo progresa su enfermedad. Está casado y tiene dos hijas. Solo compartimos una sesión, tras ésta es dado de alta. Reingresa dos meses más tarde por claudicación familiar y finalmente muere en el hospital a pesar de haber expresado su deseo de morir en casa.

#### *Sesión de arteterapia: De cara a cara...y tiro porque me toca la emoción.*

Con Juan compartiré una única sesión de una hora de duración. Será de una fuerte intensidad emocional donde se permitirá a sí mismo jugar con los dibujos. Se realiza en su habitación, él en la cama.

Las dificultades de Juan eran la expresión emocional y la comunicación con sus familiares. Ante éstos negaba su situación de terminalidad y no permitía que se hablara de ello. Esto provocaba el agotamiento por parte de su entorno, según comentarios de su mujer, ante la imposibilidad de atender a cuestiones prácticas como la economía familiar, y a otros aspectos como poder despedirse de él, llorar en su compañía o tener que poner continuamente caras de felicidad como “si no pasase nada”. En caso de que ellos mostrasen su vulnerabilidad, Juan se enfadaba por lo que continuamente entraban y salían de la habitación para poder desahogarse sin que él les viese. Esta situación en casa se torna insoportable y por ello deciden ingresarlo. Su mujer, al conocerme, me dice esperanzada “a ver si consigues que exprese algo”.

Ante la propuesta de compartir la sesión con arteterapia Juan se muestra reticente. Se resiste a dibujar y comenta que, de

hacerlo, dibujaría a su familia feliz sin él, o bien dibujaría un ataúd, un crematorio —éste era su deseo—, y sería como ver una foto suya muerto y eso no lo podía aceptar. Su habla es fluida y enérgica, a la vez que distante, emocionalmente hablando. Su discurso asertivo le hacía sentir que “él mandaba”, siempre, comenta, había sido un gran comercial.

Finalmente se deja seducir por los materiales y a través de los dibujos “jugamos” a nombrar sin decir todo aquello que le resulta doloroso.



Fig. 1

Primero, con los ojos cerrados empieza a garabatear, al abrirlos dice que “es un gusano (Figura 1)...un gusano de seda, un gusano que quiere salir... pero no sale”. Empezamos a explorar la metáfora del gusano de seda.

Después hace varias caras que reflejan emociones y va señalando con el dedo mientras explica cómo se sienten cuando se encuentra en ese estado. Eran dibujos tenues, temblorosos, apenas definidos que contrastaban mucho con su tono de voz, fuerte, claro y contundente.

A partir de este dibujo (Figura 2) comienza un diálogo de preguntas y respuestas, señalando las caras cómo maneras de nombrar sin palabras las emociones que en ellas se muestran (según Juan; alegría, tristeza, rabia y miedo). Hablamos sobre cómo podemos pasar de un estado emocional a otro, sin quedarnos instalados en una única emoción necesariamente, y las posibles consecuencias de este proceso. También dialogamos sobre lo que piensa que necesita expresar su mujer y demás familiares. De repente dice: “pero yo quiero mostrar esta cara” y señala la cara alegre.

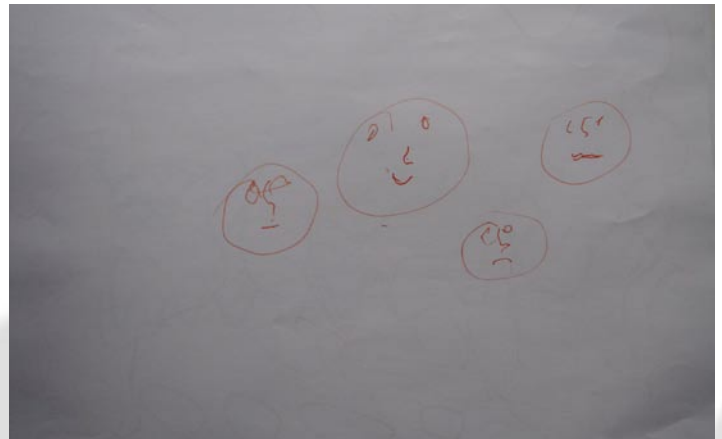


Fig. 2

Al finalizar la sesión nos despedimos hasta el próximo día “si estamos”, me da las gracias y me dice que se siente bien. Me pide que no le diga nada a su mujer, para ella solo hay caras alegres porque “no pasa nada”.

A mi parecer Juan era realmente consciente del diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, y debido a ello había emprendido lo que podríamos llamar el proceso de duelo, encontrándose Juan entre la negación y la ira, así por momentos negaba su realidad, hacía ver que todo estaba bien, y al instante, sentía rabia y rechazaba cualquier ayuda de forma brusca y aislándose con las palabras. Para comprender mejor el proceso de duelo de Juan me guio por el modelo y las fases establecidas por Kübler-Ross (2003, p. 49): la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación, aunque como bien explica la propia autora ni todos pasamos por todas las fases ni tampoco son lineales, es decir, no se suceden en este orden necesariamente, son fases de duelo orientativas pero no necesarias.

En resumen, el trabajo con el arteterapia en esta sesión única con Juan sirvió para que pudiese expresar las emociones que estaba sintiendo sin nombrarlas. Nuestro encuentro, supuso para él según sus propias palabras, una forma de permitirse llorar y sentir tristeza manteniendo a su familia a salvo de estas emociones. Pudo relajarse para continuar con el esfuerzo que le suponía poner su cara alegre.

## Caso 2: Gloria

*Historia clínica:* Gloria, de 53 años, fue ingresada para control de síntomas. Se le diagnosticó un cáncer de recto en el 2006 del que fue operada, practicándole una hemicolectomía y una histerectomía. En el momento de la intervención con arteterapia, en 2009, está diagnosticada de metástasis hepáticas que han ido progresando muy rápidamente durante los últimos meses, y sufre fuertes hemorragias rectales, metrorragias y úlceras inguinales. Está casada y su marido es un gran cuidador, según comenta el equipo médico, tanto es así que incluyen este dato en su historia clínica. Su marido ha dejado de trabajar para estar con ella durante este período en el hospital. Parece que no se separan nunca, él es quien la baña, le arregla y le ayuda a comer. Tienen 3 hijos en común.

### *Sesiones de arteterapia: Pegándose a la vida.*

Con Gloria compartiré 4 sesiones. Una por semana. Las dos primeras son de una hora, la tercera de cuarenta y cinco minutos y la cuarta de treinta minutos. El cambio de duración de las sesiones se debe a su estado físico.

Gloria se muestra ilusionada con arteterapia y espera con ganas las sesiones. Cuando nos encontramos las dos solas en la habitación me hace muchas preguntas sobre quién soy yo, qué hago allí, si trabajo con muchas personas. Estas preguntas se irán reduciendo en nuestras sesiones. En la cuarta no aparecerá ninguna, dónde se muestra mucho menos ansiosa.

Durante el tiempo compartido parecía haber dos discursos, el verbal y el de la imagen, hablaba de desintegración familiar, temía que tras su muerte se alejaran los unos de los otros, mientras pintaba un puzzle o pegaba objetos en un papel. Su mayor preocupación era que sentía que no podía hablar con la familia, abierta y sinceramente, porque no querían escuchar que se moría y ella necesitaba decirlo. Le agotaba fingir.

Inicia su trabajo con arteterapia pintando la plantilla de un puzzle mientras habla de que su familia se desmoronará sin ella (Figura 3). Es interesante observar cómo lo pinta, uniendo las piezas a través de los colores, aunque se nota que lo hace sin pensar, de forma inconsciente. Parecía expresar con el gesto lo contrario a lo que expresaba con las palabras: unión, construcción, creación. Acabará esta obra en el final de la segunda sesión (Figura 4).

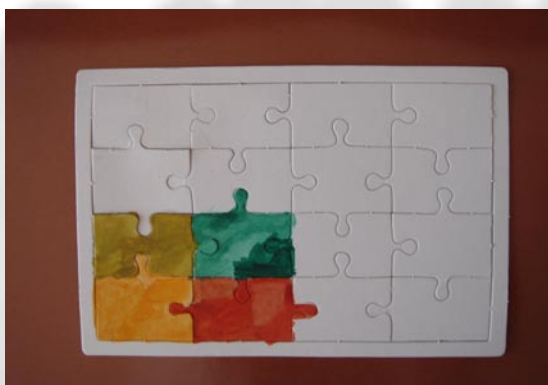


Fig. 3



Fig. 4

En la tercera sesión se introduce un cambio significativo: decide esforzarse por trabajar sentada en la butaca de la habitación en lugar de incorporada en la cama como había hecho hasta el momento. Lloro mucho durante toda la sesión y hablamos de la tristeza, del cansancio que siente y de que no quiere sufrir. A pesar de ello dice: *“Sí, ahora estoy cansada. Pero tengo que aprovechar. No puedo parar hay que intentarlo siempre”*. Insiste en que lo único que no soporta es sufrir y la pérdida de autonomía.

A pesar del cansancio, escoge varios materiales de una caja y los va enganchando sobre un papel muy grueso para acuarela.



Fig. 5

Va pegando con ansiedad y apretando fuertemente sin fijarse demasiado en lo que está construyendo, tan solo va centrándose en el tacto de los diferentes materiales, madera, plástico, cristal y gomaespuma, material del que están hechas las pegatinas que le gustan. Comprueba que cada una de ellas esté bien fijada antes de pasar a la siguiente (Figura 5). Desde la expresión plástica Gloria “pegó” sus obras. No parecía importarle tanto lo que iba pegando en el papel, o lo que estaba creando, como que quedará bien fijado. Su gesto vivo y enérgico, en contraste con su cuerpo lánguido y pálido, hacían pensar que quería seguir con vida, “pegándose” a ella, a su marido, a su familia. Bien “fijada”. Sin ella el resto se “desmoronaría”.

Durante la cuarta sesión no realiza ningún trabajo con materiales. Mantenemos una conversación en la que se despide de mí y de todos sus familiares. Me pide que haga como si fuese su hija, sentía que podía escuchar lo que necesitaba decirle a ella pero que su hija no se lo permitiría decir. Confiesa que con esto ya está mucho más tranquila aunque sabe que no es suficiente, también comprende que tiene que ser difícil para ellos escuchar que se está muriendo y tener que despedirse. Muere cuatro días después de esta sesión.

Con Gloria conseguimos realizar un proceso de varias sesiones en el que ella se irá ajustando progresivamente a su pronóstico de últimos días. Al principio tenía fantasías con vivir cinco años más, aunque sabía que le quedaba poco más de un mes. Poco a poco su deterioro físico se va haciendo más evidente así como su pérdida de autonomía. Ella misma menciona que a pesar de las limitaciones físicas y la pérdida de control sobre su propio cuerpo, cada vez se siente con mayor tranquilidad “interior”, mayor calidad de vida, lo que según sus propias palabras le resulta irónico al estar muriéndose. Al contrario de lo que podría esperarse, cuanto más débil se encontraba físicamente, más energía ponía con los materiales y esfuerzo en la elaboración de la obra.

Su marido y sus hijos estaban al corriente de su espacio con arteterapia, que esperaba con ilusión. *“Les he dicho a mis hijos que les estoy haciendo una obra de arte para cada uno de ellos”* (sonríe).

Gloria me interpelaba continuamente durante nuestros encuentros retándome a que incluyera casi en cada frase la palabra muerte. Según ella lo que le calmó de las sesiones de arteterapia fue poder hablar sin tapujos de lo que estaba pasando allí, se estaba muriendo, y no tener que fingir que sus vómitos se debían a comida en mal estado como le decía su familia. Estaba enfadada con su familia porque le decían *“Ya verás que pronto vuelves a estar en casa la mar de bien”*. También se sentía agradecida por devolverle el control a su espacio de intimidad, era la única persona profesional del hospital que entraba avisando a su habitación y que respetaba sus límites, cuando se sentía cansada o no quería seguir me lo comunicaba y nos despedíamos. Se sentía furiosa con las constantes entradas y salidas de médicos y enfermeras, según ella, en los momentos más inoportunos, teniendo siempre la sensación de tener que agradecerles su intervención cuando lo que quería era expresar su rabia por no respetar su espacio de intimidad. Para Gloria, las sesiones de arteterapia fueron, según sus propias palabras, un espacio donde pudo “ser ella misma”.

En resumen, parecía que Gloria, siguiendo a Tizón (2004), estaba pasando por un proceso de duelo, primero el de todas las pérdidas que estaba viviendo: partes de su cuerpo, capacidades motrices y orgánicas, su función en la familia y finalmente el de la propia vida. Tizón, que retoma el pensamiento de Freud, afirma que cada duelo, consiste en una serie de cambios, fundamentalmente emocionales, que nos permiten elaborar las pérdidas. Es un proceso que implica grandes cantidades de tiempo y energía psíquica, por lo que un encadenamiento de duelos acaba por descompensar las capacidades de contención y el equilibrio psicológico de casi cualquier persona.

### Caso 3: Sofía

*Historia clínica:* Sofía lleva ingresada dos días en la unidad de cuidados paliativos cuando tenemos la sesión de arteterapia. Tiene 60 años. Fue diagnosticada cuatro años antes de nuestro encuentro de una neoplasia de ovarios y carcinomatosis peritoneal. Conoce el diagnóstico y el equipo no ha podido valorar todavía si está ajustada a pronóstico, es decir, si tiene conocimiento de cómo es posible que transcurra su enfermedad y cuál es su probable esperanza de vida. Está casada y tiene 3 hijas.

Existe claudicación familiar, el marido había expresado que ya no podía hacerse cargo de ella en casa y por este motivo se encuentra en la unidad de cuidados paliativos.

### *Sesión de arteterapia: "En-bolando" la rabia*

Sofía estaba muy enfadada, por su situación y porque a su alrededor solo oía frases tipo "no se entera de nada", de hecho fue lo primero que me dijo su marido al entrar en la habitación. Mi sensación era que sí se enteraba. El equipo había comentado que no había mencionado ni una palabra y se mostraba con los ojos cerrados, pasiva, sobre la cama, desde que ingresó. La sesión duró una hora. Los primeros cuarenta minutos le estuve proponiendo trabajar con materiales sin necesidad de hablar. Hacía gestos y abría los ojos como aprobando o reprobando lo que le iba diciendo. Fueron cuarenta minutos en silencio, fundamentalmente, sintiendo a nivel transferencial un sentimiento de rabia muy fuerte. Decido empezar a hablar de la rabia, en un intento de hacer la función de *revêrie*, hablo de la rabia que debía sentir al escuchar que "no se enteraba de nada" cuando parecía que no era así, ya que durante lo que llevábamos compartido se comunicaba a través de señas, haciéndose la dormida cuando no le interesaba la propuesta, o bien con movimientos de cabeza o cambiando de posición en la cama, entre otros.

Tras varios intentos de que tomara algún material plástico me despidió ante su negativa constante, en ese momento me coge la mano y me pide un papel grande. Le doy una hoja tamaño Din A3. Sin mediar palabra empezó a apretarlo con rabia, se incorporó en la cama, y apretó y apretó el papel, soltando ruidos y quejidos por la boca, mientras arrugaba la hoja muy concentrada en esta tarea. Lo hacía con mucha fuerza, rabia y energía (Figura 6). Hace una pelota y la sostiene entre las manos. Agotada en unos cinco minutos dijo "quisiera estar en cualquier sitio menos aquí".



Fig. 6

Me sonrió y añadió que no quería hacer nada más. Respeto su decisión y acabo la sesión subrayando todas las decisiones que había tomado, las capacidades que había mostrado, (incorporarse, coger la hoja, arrugarla, apretarla, expresar una emoción, su decisión de acabar la sesión, su deseo de no querer estar en el hospital), le relato todo lo que aún podía hacer y que yo había presenciado en la hora compartida. Al rato las enfermeras me comentaban, visiblemente sorprendidas, que les había hablado y que le habían pedido salir al balcón a observar los árboles, era un día soleado.

La sesión con Sofía fue de una gran intensidad emocional, llena de comunicación sin palabras, llena de gestos y sonidos guturales, donde la ansiedad y la rabia estaban muy presentes. Todo ello, unido a su trabajo con la hoja, me hicieron

recordar las siguientes palabras de Del Río:

“Crear (...) no consiste en construir significado ni hacer algo que pueda ser inscrito en el ámbito real del discurso lógico, sino tan sólo en encontrar la forma que lo aloje, dejar un rastro, un poso de existencia que quede como prendido al aire, adherido a la piel de quienes fueron capaz de sentirlo, como una presencia repentina y profunda, una oquedad del tiempo que se transforma en silencio, en discontinuidad, en extrañeza y constancia para siempre. ...Procurar una vía para ese encuentro es muchas veces lo único posible, facilitar la emergencia de lo sensible, cierto desbrozamiento de la senda que permita albergar la sospecha de que existe otro lado, o un fondo en que pisar en el abismo”. (Del Río Diéguez, 2006 p. 71)

## RESUMEN DE LOS TRES CASOS Y CONCLUSIÓN FINAL: LA IGUALDAD EN LA DIFERENCIA

*“Sé que un día moriré, aunque no sepa cuándo ni cómo. Hay un lugar, muy dentro de mí, en que lo sé. Sé que un día habré de dejar a los míos, salvo que sean ellos los que me dejen a mí primero. Este saber más profundo, más íntimo, es paradójicamente el que tengo en común con todos los otros seres humanos. Por eso la muerte del otro me afecta. Me permite entrar en el corazón de la única y auténtica pregunta: ¿qué sentido tiene entonces mi vida?”*

(Hennezel, 1996, p. 13)

Para concluir el presente artículo se mencionarán los aspectos claves de la intervención atendiendo a los objetivos del arteterapia en cuidados paliativos, poniéndose especial énfasis en el objetivo concreto de los casos presentados: observar el arteterapia como un puente que permite alcanzar nuevas vías de comunicación y expresión emocional en cada uno de los pacientes.

El nivel de intervención en los tres casos clínicos citados ha sido básico, es decir, ha consistido en llevarlos al “aquí y ahora”, en realizar una función de apoyo y ofrecer un espacio posible para la expresión emocional. Por el contexto también debe tenerse en cuenta que “la resolución analítica de conflictos pasados sería poco operativa, por el tiempo de construcción que conlleva” (Collette, 2006, p.153).

Por otro lado, todos han asumido, y lo siguen haciendo en el momento de las sesiones, grandes pérdidas. Según Tizón (2004) la pérdida hace referencia a una carencia o privación de lo que se poseía, siendo generalmente algo involuntario e inevitable. En este sentido las pérdidas que se pueden observar en estos casos son, por un lado, la de la propia vida, pero si nos centramos en la vida que aún les queda, todos ellos han perdido parte de su identidad, en tanto que desempeñan el rol de “enfermos”, así como también la pérdida sobre el control, tanto de su propia vida como de su cuerpo, de sus relaciones y de su status en la familia, entre otras.

En todos los casos, a pesar de las diferentes necesidades respecto a la expresión emocional, el entorno influye de manera decisiva en la gestión de la ansiedad que les genera su muerte cercana. Es curioso observar como, en el caso de Juan, la familia tiene una gran necesidad de poder nombrar la situación de muerte que están viviendo y dar expresión a la tristeza y el llanto, y él no se lo permite. Por el contrario, en el caso de Gloria, ella lo demandaba al entorno, y éste, sus familiares más cercanos, eran incapaces de gestionar la ansiedad que les suponía enfrentarse a su muerte y poder hablar de ello, de modo claro y de forma natural, como pedía la paciente. Por último, en el caso de Sofía, la propia situación de claudicación familiar, de abandono y de “no se entera”, hace que no exista comunicación.

Bajo estas circunstancias, como explican Pratt y Wood (1998, p. 77), una hoja de papel de dibujo se puede convertir en un recipiente de todo el dolor, la cólera, el duelo, el miedo, y la frustración que se puede estar soportando en un determinado momento. La conexión entre los materiales de arte y el paciente puede evocar sentimientos y energías inesperadas muy fuertes al final de la vida, y pienso que en los tres casos esto ha sido así, al margen de la predisposición inicial de cada uno de ellos para trabajar con los materiales.

Como dice Omenat (2006, p. 7) “la creación implica un atravesamiento de límites, una transgresión que provoca ansiedad y a la vez placer” (Omenat, 2006, p. 7). Todo proceso creativo es una especie de lucha, de camino poco seguro, donde se



debe asumir el riesgo hacia la hoja en blanco, al material, a las propias capacidades. El riesgo a reconocer como propio el contenido emocional expresado aunque no se pueda nombrar.

A su vez, en los tres casos se ha evidenciado que se sentían más relajados tras las sesiones. Una explicación de este hecho la encontramos en Muñoz, quien afirma que “el arte actúa sobre el sistema nervioso autónomo, el equilibrio hormonal y los neurotransmisores produciendo un cambio en la actitud, el estado emocional y la percepción del dolor, consiguiendo llevar a una persona desde un estado de estrés a otro de relajación y creatividad (citado en Zenil Gasca y Alvarado Aguilar, 2007, p. 61).

Reconocer la propia muerte, como un hecho cercano, tiende a provocar ansiedad. Según Klein (en Segal, 1965), esta ansiedad ante la propia muerte se relaciona, de un modo inconsciente, con las sensaciones que el bebé experimenta como ansiedades persecutorias (el abandono, dejarle llorar de hambre, etc) lo que equivalen a su experiencia de la agonía y la muerte. Esta experiencia vivida se manifiesta más tarde en los temores conscientes o inconscientes hacia la muerte. Así pues, no consideramos la muerte como un estado caracterizado por la falta de conocimientos y la ausencia de sensaciones; sino al contrario, es como si en ella experimentáramos con plenitud, mediante todos nuestros sentidos, el pánico de la impotencia hacia la inmovilidad, el sofocamiento, el encierro, el hecho de ser devorados y la desintegración. Por este motivo, si se logran integrar los propios aspectos destructivos de la personalidad se reduce el miedo a la muerte en los pacientes. Para esta elaboración el arteterapia se presenta como una herramienta útil, al trabajar con materiales plásticos y la metáfora sin necesidad de decir con palabras lo que no se puede, quiere, o no se sabe cómo expresar.

En resumen, la experiencia de arteterapia en los tres casos comentados ha sido positiva para las personas que han participado, mostrando una actitud de bienestar subjetivo y apertura al acabar las sesiones, bienestar expresado por los propios pacientes y corroborado por el equipo de médico y enfermeras. Como dice Collette (2006, p. 159) “cuando el arte-terapia se desarrolla en el ámbito de la enfermedad terminal, lo que tiene que trascender es el calor humano, el cariño y la ternura, para acompañar a la persona enferma con el arte de su creación, hasta cuando sea posible”.

Por último, añadir que no se logró trabajar con las familias para satisfacer las diferentes necesidades comunicativas y de elaboración del duelo en cada una de ellas. Esta imposibilidad se debió a varios motivos, siendo el principal de ellos la dificultad para el encuentro dentro del entorno hospitalario y la dinámica propia de la unidad de cuidados paliativos. En este sentido no se logró cumplir con unos de los objetivos de cuidados paliativos como es atender también al entorno del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

Arranz, P; Barbero, J; Barreto, P. y Bayés, R. (2005): Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos (2ª ed.). Barcelona: Ariel Ciencias Médicas.

Bofill y Tizón (1994). Qué es el Psicoanálisis. Orígenes, temas e instituciones actuales. Barcelona: Herder Editorial.

Bowlby, J. (1985). La separación afectiva. Barcelona: Ediciones Paidós.

Coll Espinosa, F. J. (2006). Arteterapia. Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. Murcia: Universidad de Murcia.

Collete, N. (2006). Hasta llegar, la vida. Arte-terapia y cáncer en fase terminal. Arteterapia -Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social-. Vol 1, 149-159.

Collette, N., Vecino A., Juan E. y Pascual A. (2006). El arteterapia como estrategia de alivio del sufrimiento de pacientes con cáncer en fase avanzada y Terminal. Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Sant Pau de Barcelona. Informe final Beca Seom 2004 a la categoría de proyectos de investigación en cuidados continuos 67-76.

Connell, C. (1992). Art therapy as part of a palliative care programme. Palliative Medicine. 6, p. 18-25.

Del Río Diéguez, M. (2006). Formas para el silencio. Arteterapia – Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social Vol. 1: 69-74.

- Hardy, David. (2001) Creating Through Loss: An Examination of how Art Therapists Sustain Their Practice in Palliative Care. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 6:1,p. 23-3.
- Hennezel, M. (1996). *La mort íntima*. Barcelona: Columna.
- Kübler-Ross, E. (2003). *La mort: una aurora*. Barcelona: Luciérnaga.
- Laín Entralgo, P. (1964). *La relación médico enfermo*. Historia y Teoría. Madrid: Revista de Occidente.
- Mampaso, A. (2006). Para todos tiene la muerte una mirada. *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 1: 161-178.
- Meyer, J. E. (1983) *Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo*. Barcelona: Herder. Biblioteca de Psicología, 118.
- Norton, J. (1989). Aplicacions de la psicoanàlisi. Tractament d'una pacient terminal, *Revista Catalana de Psicoanàlisi* vol. VI/no. 2, p. 209-223 (Traducció de Cristina Duran).
- Omenat, Montse (2006). Aproximación al Proceso Creativo. *Encuentros con la Expresión Revista de Arte-terapia y Artes*, nº 1, p. 6-10.
- Paín, S y Jarreau, G. (2006). *Una psicoterapia por el arte*. Teoría y Técnica. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pratt, M y Wood, M.J.M. (1998); *Art therapy in palliative care. The creative response*. London and New York: Routledge.
- Robbins, A. (2005). The magic garbage can: Thanatos and transformation. *The Arts in Psychotherapy* 32, p. 358-371.
- Schaverien, J. (1998) Individuation, countertransference and the death of a client. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, volumen 3, nº 2. p 55-63.
- Segal, H. (1965). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Tizón, J.L. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós i Fundació Vidal i Barraquer.
- Tyler, J. (1998). Nonverbal communication and the use of art in the care of the dying. *Palliative Medicine*. 12, p. 123-126.
- VVAA. (1998). *La pulsión de muerte*. Argentina: Amorrortu (2ª reimpresión). Trad. Silvia Bleichmar (primer Simposio de la Federación europea de Psicoanálisis. Marsella, 1984).
- Winnicott, D.W. (2006). *Realidad y juego*. (11ª reimpresión). Barcelona: Gedisa.
- Zenil Gasca, B. y Alvarado Aguilar, S. (2007). La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*.; 40 (2): Abr.- May: 56-63.

## REFERENCIAS

<sup>i</sup> "... a principle aim in art therapy is to assist patients undergoing palliative care towards a better understanding of their situation."

<sup>ii</sup> "The process of creating images offers a means of exploring and questioning what is happening in body, mind and spirit. Significantly it can also lead to the immediate experience of faith, hope and an appreciation of what life has brought".

<sup>iii</sup> Art therapy in palliative care is very different from the same discipline in other settings. the therapist does not lead, she can only accompany, for we only go along this road once. Is it possible to assess who would benefit from a creative opportunity of this nature? Is it for everyone, or only a few? It is never possible to judge merely by appearances whether someone would benefit or not. Someone may be very weak and ill and still find the process helpful"

<sup>iv</sup> Los nombres no corresponden con los de los pacientes con el fin de preservar su intimidad y la confidencialidad.