



UNIVERSIDAD DE MURCIA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

Aplicación del Arteterapia en el Desarrollo de
Capacidades Asociativas y Cognitivas en Personas con
Discapacidad Psíquica

D. Francisco Jesús Coll Espinosa

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológicos

PROGRAMA DE DOCTORADO “CREATIVIDAD, COMUNICACIÓN E
INNOVACIÓN” (INTERUNIVERSITARIO)

**Aplicación del Arteterapia en el Desarrollo de
Capacidades Asociativas y Cognitivas en Personas con
Discapacidad Psíquica**

TESIS DOCTORAL

de

Francisco Jesús Coll Espinosa

Director

Dr. Francisco Javier Corbalán Berná

2015



D. Francisco Javier Corbalán Berná, Profesor Titular de Universidad del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Aplicación del Arteterapia en el Desarrollo de Capacidades Asociativas y Cognitivas en Personas con Discapacidad Psíquica ", realizada por D. Francisco Jesús Coll Espinosa, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 12 de octubre de 2015

INDICE

Agradecimientos	
Capítulo 1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. Justificación	13
1.2. Antecedentes	15
Capítulo 2. REFERENCIAS HISTÓRICAS DE LA DISCAPACIDAD	21
2.1. Primeras referencias históricas	21
2.2. Edad Media	29
2.3. Edad Moderna	34
2.4. El Renacimiento	40
2.5. Desarrollo científico	50
2.6. La segunda revolución	57
2.7. La tercera revolución	61
2.8. La discapacidad como sujeto en desarrollo y como sujeto de derechos	62
2.9. Los nombres de la diferencia / la diferencia de los nombres	64
2.10. Cuadros resumen de la evolución de la consideración y comprensión de la discapacidad.	67
Capítulo 3. DEFINICIÓN DE LA DISCAPACIDAD	73
3.1. Evolución histórica. Construyendo el concepto de discapacidad	73
3.2. El cambio de paradigma de la definición de 1992	81
3.3. La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)	84
3.4. Hacia una nueva definición de la discapacidad	94
Capítulo 4. PARADIGMAS DE COMPRESIÓN DE LA DISCAPACIDAD	103
4.1. Paradigma del déficit	103
4.2. Paradigma social	107
4.3. Paradigma de la clínica	116

Capítulo 5. SUBJETIVIDAD Y DISCAPACIDAD PSÍQUICA	119
Capítulo 6. CLINICA DE LA DISCAPACIDAD	135
6.1. ¿Dónde vive el discapacitado psíquico?	135
6.2. El pensamiento	137
6.3. Dificultad de anticipar el futuro	142
6.4. El problema de lo íntimo	144
6.5. Dificultad para la capacidad de crítica	147
6.6. Temporalidad y la memoria	150
6.7. Dificultad de metaforizar y de asociar	157
6.8. Literalidad del lenguaje	160
6.9. Dificultad de tolerar la frustración	164
6.10. Desvalimiento subjetivo y dificultad de la intersubjetividad	166
6.11. Dificultad de imágenes y lenguaje	170
6.12. Imagen distorsionada del cuerpo	173
6.13. Compulsión a la repetición	177
6.14. Dificil construcción del Yo	178
6.15. Inteligencia. Aprendizaje	183
6.16. Emocionalidad, sensualidad y sexualidad	185
6.17. ¿Desde dónde crea la persona con discapacidad?	187
Capítulo 7. CREATIVIDAD Y PROCESO CREATIVO	189
7.1. El proceso de creación	193
7.2. Dinámica del proceso creador	206
Capítulo 8. INTRODUCCIÓN AL ARTETERAPIA	217
8.1. Antecedentes	217
8.2. Historia de Arteterapia	221
8.2.1. Ámbito artístico	221
8.2.1.1 El arte: “medio expresivo consustancial con la existencia el ser humano	221
8.2.1.2 ¿Qué entendemos por arte?	223

8.2.1.3 Evolución de la expresividad artística	227
8.2.1.4 El Surrealismo como precursor del Arteterapia	231
8.2.1.5 El arte conceptual: la idea más que la obra	242
8.2.1.6 Art Brut	245
8.2.1.7 Precursores de la teoría de arteterapia	255
8.2.1.7.1 El ámbito de la educación	256
8.2.1.7.2 Ámbito clínico o de salud	260
8.2.1.7.2 Fases de desarrollo	263
8.3 Enfoques clínicos de Arteterapia	269
8.3.1 Los enfoques psicodinámicos	269
8.3.2 Enfoques humanistas	270
8.3.3 Enfoques cognitivo-conductuales	271
8.3.4 Enfoques de aprendizaje y desarrollo	273
8.3.5 Teorías del desarrollo en Arteterapia	274
8.3.6 Enfoques Multimodales y Arteterapia Expresiva	276
8.3.7 Terapia familiar en Arteterapia	276
8.4 Definiciones de arteterapia	278
9. Capítulo 9: LA CLINICA DE LA ARTETERAPIA	285
9.1. Dinámica del Taller de Arteterapia	300
9.1.1. El arte, el espacio para la creación	300
9.1.2. Metodología de las sesiones de arteterapia	301
9.1.3. Lo terapéutico	307
9.2. El proceso creativo: Creatividad y Creación	309
9.3. Creación y procesos de simbolización	323
9.4. Simbolización y representación	328
9.5. El proceso terapéutico	331
9.6. Objetivo fundamental del Arteterapia	334
10. Capítulo 10. ESTUDIO EMPÍRICO: UNA EXPERIENCIA DE ARTETERAPIA CON DISCAPACIDAD	339
10.1. Problema de Investigación	339
10.2. Objetivos	340
10.3. Hipótesis	340

10.4.	Participantes	341
10.5.	Instrumentos y variables	343
10.6.	Procedimiento	345
10.6.1.	Cronograma de la Investigación	346
10.6.2.	Descripción de la experiencia	347
10.6.3.	Tiempos de participación	348
10.6.4.	Dinámica de las sesiones	348
10.6.5.	Encuadre de trabajo	350
10.6.6.	Programa de trabajo en Taller de Arteterapia	354
10.7.	Diseño	357
10.8.	Análisis de Datos	358
10.9.	Resultados	358
10.9.1.	Pre-test-1: Línea Base del Grupo Experimental	359
10.9.2.	Pre-test-2: Línea Base del Grupo Control	366
10.9.3.	Post-test 1: Evolución del Grupo Experimental	359
10.9.4.	Comparación entre los grupos experimental y control	394
10.10.	Discusión de resultados	401
10.10.1.	Valoración de resultados	401
10.10.2.	Análisis cualitativo. Las diferentes miradas	403
10.10.3.	Análisis cualitativo. Los contenidos	406
10.10.4.	Verificación de hipótesis	415
10.10.5.	Recapitulación final	416
11.	Referencias	419
12.	Bibliografía consultada	431
13.	Imágenes del Taller	449

He pintado el amor a la realidad y el horror a ser reales

Pablo Picasso



*La obra de arte es el único escudo
contra los sórdidos peligros de la
existencia real.*

Oscar Wilde

AGRADECIMIENTOS

A los participantes del Centro de Día de Archena por permitirme realizar la investigación con su asistencia. Mi gratitud por su generosidad y confianza.

A Lorena Perea, por su acompañamiento y apoyo en todo el proceso.

A los profesionales del Centro de Día, por su apoyo y colaboración.

A Javier Corbalán por creer en el proyecto y ser guiado por su dirección.

A Conrado Navalón por su inestimable e infatigable apoyo.

A mis compañero/as del Centro de Servicios Sociales de Archena.

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación

Si bien en cualquier colectivo la aplicación del Arteterapia siempre va a suponer un “plus” en sus modos de representación y de simbolización, en el colectivo de la discapacidad, a tenor de sus características más generales como son su dificultad de lenguaje expresivo, dificultad de asociación, falta de prospectiva en el tiempo, dificultad para la metáfora, labilidad y ambivalencia emocional, etc, la propuesta de un espacio de arteterapia va a facilitarles, de un modo sereno y seguro, la construcción de un espacio psíquico y de un reconocimiento subjetivo más desarrollado. A este respecto, podemos acogernos a la Asociación Chilena de Arte Terapia (ACAT, 2015¹), cuando argumenta que “Arte Terapia es una especialización profesional que utiliza la expresión plástica como medio de comunicación, para explorar y elaborar el mundo interno de los pacientes en el proceso psicoterapéutico, con fines educativos y de desarrollo personal”.

Es desde ahí que las personas con discapacidad psíquica, con la dinámica de arteterapia, se van a encontrar en un medio posibilitador desde el mismo momento de la propuesta creativa, en la que, con relativa facilidad, siempre van a encontrar en su realización algo que les representa y que les proporciona un espacio seguro de representación subjetiva ante los demás; podríamos decir que es esto, su dificultad y angustia de representación ante los demás, lo que les causa mayor sufrimiento y mayor disposición a la repetición de conductas ligadas a la dependencia infantil.

Diríamos que el arteterapia toma ahí su espacio central de trabajo, esto es, facilitar que la persona con discapacidad psíquica pueda encontrar su modo de ser singular y su modo de representarse ante los otros; de este modo, el espacio arteterapéutico es un espacio que pone en valor lo propio de cada sujeto y hace resaltar, de un modo seguro y con carácter permanente, tanto el estilo de vinculación a los otros como la necesidad de su vinculación.

¹ ACAT - Asociación Chilena de Arte Terapia, recuperado de www.arteterapiachile.cl/

A causa de la dificultad de lenguaje expresivo, que es tan común en la discapacidad, la dinámica del taller de arteterapia es un medio excepcional para que cada participante pueda encontrar y elegir “su proceso”, su “cuándo y cómo” para hacerse ver, para hacerse escuchar y para hacerse comprender. Al no ser el lenguaje verbal lo fundamental en arteterapia, pero sí lo es la necesidad de dar a conocer el sentido y argumento de sus creaciones, el trabajo creativo, su modo de compartirlo y su estilo de hacerlo ver, van a llevar al participante a tener que indagar en lo más interno y ponerlo en relación en la necesidad de hacerse entender y comprender. Podemos convenir aquí con la Asociación Americana de Arte Terapia (AATA)², que “*Arte Terapia es una profesión de salud mental que utiliza el proceso creativo de “hacer arte” para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades; se basa en la propuesta de que el proceso creativo involucrado en la expresión artística, ayuda a resolver conflictos y problemas, desarrolla habilidades interpersonales, a manejar el comportamiento, a reducir el estrés, a fortalecer la autoestima, mejorar la timidez y alcanzar el conocimiento de uno mismo. Todo ello conlleva la puesta en acción de un trabajo intensivo, integral e integrador con el medio exterior*” (AATA, 2008).

Por otra parte, al no ser la estética la referencia fundamental en arteterapia y sí serlo la experimentación proyectiva, el tiempo de creación cobra un sentido nuevo: *trabaja en el sujeto lo más interno de sí, para hacerlo visible y comunicable*. Podemos decir que esto no es otra cosa que el desarrollo de un trabajo de construcción de los factores que configuran nuestra personalidad, nuestro singular modo de ser.

La dinámica de arteterapia en este colectivo, tiene también la ventaja de que se puede trabajar desde cualquier material plástico, como desde otros medios expresivos, como es la fotografía, el relato, el movimiento expresivo, las nuevas tecnologías... Lo fundamental es que encontremos el medio para que la persona con discapacidad pueda desarrollar su labor creativa y proyectiva.

² Asociación Americana de Arte Terapia (AATA), Recuperado de <http://www.americanarttherapyassociation.org/aata-history-background.html>

1.2. Antecedentes

La aplicación de arteterapia para atender las patologías psiquiátricas se han venido expandiendo desde mitad del siglo XX. El tratamiento a través del Arteterapia, al trabajar fundamentalmente a partir de la proyección y expresión, salvando la conciencia y los razonamientos, promueve la posibilidad de acceso a lo inconsciente y la creación de nuevos espacios psíquicos.

La actividad creativa es el proceso que aporta una *novedad a sí mismo* desde una experiencia global. En el proceso creativo se conjugan la sensibilidad, la experiencia de intimidad y las preocupaciones del momento. Trabajar con la mediación creativa, nos va a facilitar que las personas atendidas puedan manejar y utilizar los elementos para un acercamiento más constructivo, en la siempre conflictiva relación entre lo indecible de lo interior y lo inaceptable del exterior.

Noemí Martínez (1996)³ expresa que *la terapia artística es la utilización del arte y otros medios visuales en un entorno terapéutico o de tratamiento*. Lo fundamental se da en el resultado terapéutico de la actividad y el proceso de crear algo. En palabras de Tessa Dalley (1984)⁴ la actividad artística se desarrolla fundamentalmente desde lo no verbal y desde la cual, el sujeto puede realizar una expresión que alcanza un valor terapéutico importante, ya que es la puesta en obra de contenidos de un modo coincidente conscientes e inconscientes.

En ese sentido, podemos decir que la experiencia de la creación, por sí misma, es rehabilitadora y terapéutica; en el trabajo técnico de la creatividad, de lo que se trata es de propiciar el modo y el tiempo de los medios para crear; podríamos decir que, en esta tarea, es más importante el proceso y la vivencia del mismo, que el resultado. En esta línea encontramos la propuesta de definición de la Asociación Profesional de Arteterapeutas de la Región de Murcia (MURARTT)⁵, en la que señala que *el Arteterapia es una profesión en la que, dentro de un marco terapéutico, se utilizan procesos artísticos, fundamentalmente artes visuales y plásticas, para la contención y elaboración de conflictos psíquicos y la*

³ Martínez Díez, N. (1996) *Arte, Individuo y Sociedad: La terapia artística como una nueva enseñanza*, Universidad Complutense de Madrid. P. 22

⁴ Tessa Dalley.(1987) *El Arte como terapia*.Biblioteca de Psicología, Editorial Herder - Barcelona

⁵ *Asociación Profesional de Arteterapeutas de la Región de Murcia (MURARTT)*, recuperado de <http://www.murartt.com/>

mejora del bienestar y de la salud. La mediación plástica nos va a suponer también, facilitar el desarrollo simbólico en situaciones en las que la expresión verbal tenga graves limitaciones.

El sujeto, sano o enfermo, experimenta que su producción creativa se convierte en huella perdurable de su mundo interno, de ese modo transferido al medio sensible y metafóricamente revelado. La transferencia del significado a la forma, le permite generar un espacio de nueva realidad, construida con sus propios pensamientos y emociones objetivados. Así, mediante la proyección y retroalimentación sucesivas, el sujeto avanza con la ayuda del arteterapeuta por la espiral del autoconocimiento. Con la ventaja de que esta función diagnóstica importa al proceso creativo una paralela facilitación del autodomínio, porque la creación, es ya diferenciación y gestión del mundo interno mediante esa materialización simbólica que permite desalojar lo indeseable.

Los profesionales que nos dedicamos a las áreas de la salud mental, servicios sociales y educación, más allá de la línea metodológica y de la gravedad de los problemas que tratamos de resolver, tenemos como objetivo primordial, posibilitar que las personas puedan desarrollar sus potencialidades personales y consigan tener una evolución más satisfactoria de sus capacidades. En este sentido, la cura de una persona, la modificación subjetiva, la incorporación de habilidades positivas de comunicación, etc, se han de producir en un desarrollo satisfactorio de su capacidad de proyección y de simbolización.

Una mirada a la producción bibliográfica sobre Arteterapia en la última década, muestra que esta disciplina ocupa un lugar propio y con mucho desarrollo en la investigación psicológica, educativa y médica, consiguiendo consolidar un cuerpo teórico importante. Es de destacar que en este momento existe un gran interés por la investigación y los estudios experimentales, de manera que se va mostrando de un modo cualitativo y cuantitativo la eficacia de los tratamientos desde el Arteterapia.

Así, un mosaico heterogéneo de situaciones ha suscitado marcos receptivos a la intervención arteterapéutica, desde su proyección en el ámbito sanitario, hasta su funcionalidad en lo social; podríamos destacar algunos de los ámbitos de aplicación del Arteterapia:

Sanitario

- Salud mental, individual y grupal
- Psiquiatría comunitaria
- Patologías de la alimentación
- Trastornos de conducta
- Trastornos emocionales
- Patologías de las dependencias: alcoholismo, drogadicción, tabaquismo, ludopatía, nuevas tecnologías..
- Enfermedades terminales
- Enfermedades de oncología y oncohematología: individual y adultos.
- Enfermedades psicosomáticas
- Fibromialgias
- Autismo y Trastornos Generalizados del Desarrollo
- Dificultades evolutivas

Social

- Minorías étnicas
- Grupos marginales
- Personas Mayores
- Inmigración
- Violencia de género
- Procesos adolescentes
- Violencia juvenil
- Desajuste social

Educación

- Fracazos del aprendizaje
- Altas capacidades
- Absentismo escolar
- Discapacidad
- Atención Temprana
- Problemas de lenguaje

Va a ser que a partir de los años 20 del siglo XX, se van a dar ciertos movimientos culturales y científicos que van a propiciar verdaderos cambios en la percepción de la salud y de la enfermedad, así como del arte. Es en este contexto que se van a dar las circunstancias para ir creándose una nueva disciplina, Arteterapia, que nace con la vocación de hacer posible el desarrollo de procesos terapéuticos significativos a través del arte.

Desde 1920 nace con fuerza en el arte el Surrealismo, que de la mano del Psicoanálisis, ofrecen un campo nuevo a la realidad humana: el descubrimiento del inconsciente. En este momento hay un cuestionamiento importante del valor del arte como figuración o como expresión. Tanto el Surrealismo como el Romanticismo, promueven la importancia de las emociones en el desarrollo humano. Así, el campo hospitalario de la enfermedad mental, se ve como un lugar muy propicio a la experimentación artística como proceso complementario y terapéutico, utilizando el arte como medio de expresión y de desarrollo de la creatividad pero no tanto como medio de diagnóstico.

Fue el artista Adrian Hill, en 1942, el que acuñó el término de “arteterapia” para denominar que el proceso creativo supone una mejora sustancial en la salud mental. Hospitalizado largo tiempo, se dedicó a ponerle color y texturas a sus estados emocionales y al percibir una clara mejoría en su modo de gestionar y ordenar sus pensamientos, propuso pintar a sus compañeros de hospital; de este modo, evidenció que la creatividad suponía una importante mejoría en la estabilidad emocional de los pacientes. En 1943 publica su primera obra *Art as an aid to illness: an experiment in occupational therapy*, y en 1945, *Art versus illness*.

A partir de ahí, se fueron dando otros trabajos que promovieron la formación de un cuerpo teórico al Arteterapia, tal como aparece en los trabajos del Foro Iberoamericano de Arteterapia⁶:

Marie Petrie, publica en 1946 un trabajo en el que aparecen por primera vez la importancia de una formación específica en Arteterapia, en su obra “Art and Regeneration”.

⁶ <http://www.arteterapiaforo.org/historia.html>

Margaret Naumburg (Nueva York, 1890), una de las pioneras del arteterapia, publica en 1947 *Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy*. Fue la primera que utilizó el concepto de *proceso artístico* de manera sistemática dentro de su trabajo como psicoanalista fue Naumburg (1958). Su argumento es que desde el proceso de creación es como se puede acceder a los pensamientos, sensaciones y emociones más profundas del sujeto, que proviniendo del inconsciente, logran su expresión mucho más lograda en imágenes que en palabras. Por ello, la técnica arteterapéutica se basa en la consideración de que todo sujeto tiene la capacidad latente de manifestar y proyectar sus contenidos y conflictos inconscientes de un modo visual. Tanto es así, nos dice, que cuando los pacientes realizan este proceso artístico y proyectivo, se consigue que se mejore mucho su acceso verbal a lo inconsciente.

Otra de las grandes figuras del arteterapia fue Edith Kramer (Viena, 1916), conocedora de los trabajos realizados con niños por Friedl Dicker-Brandeis en el campo de concentración de Terenzin. Inició su trabajo como arte terapeuta, a partir de 1950, con los niños de la Wiltwyck School en EEUU, dirigiendo su trabajo, desde una orientación psicoanalítica, pero centrada más en los efectos terapéuticos de la creación artística y no tanto en la interpretación de los contenidos inconscientes.

En EE.UU. comienzan a ponerse en marcha desde 1950 los primeros programas de estudio sobre Arteterapia con los trabajos de Marion Milner *On not being able to paint*. En esta fecha, en París, coincidiendo con el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, se realiza la primera exposición internacional de arte psicopatológico, que reúne cerca de dos mil obras de pacientes de diecisiete países diferentes.

En Francia, los profesores Volmat y Delay en 1954, crean el Centro de Estudio de la Expresión; Volmat publica el libro *El Arte psicopatológico* en 1955 y Delay, en 1956, publica *Neurosis y Creación*.

Un poco más tarde, en 1959, nace la Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression SIPE.

La revista American Journal of Art Therapy, en 1961, publica su primer número y constituye el primer encuentro editorial de una serie de teóricos que hasta entonces trabajaban de manera individual.

Va a ser en Francia donde se crea la primera Sociedad Francesa de Psicopatología de la Expresión, en 1964 y también en esa fecha se crea en el Reino Unido la Asociación Británica de Terapeutas del Arte; en EEUU, se crea la Asociación Americana de Terapeutas del Arte en 1969.

En 1973, el Centro Psiquiátrico Nacional de Río de Janeiro, crea el Museo de las Imágenes en el reune más de 300.000 obras.

El consorcio de universidades ECARTE (The European Consortium for Arts Therapies Education), se funda en 1991 y reúne a las universidades de Hertfordshire, Münster, Nijmegen y Paris, cuyo propósito es regular los cursos de formación en las diferentes terapias artísticas a nivel europeo. Actualmente está compuesto por 32 miembros de 14 países europeos. En los últimos años se han producido avances significativos. Concretamente en Gran Bretaña, desde 1999 el arteterapia cuenta con un status profesional reconocido dentro del servicio de Sanidad. Esta posición implica necesariamente una formación reconocida y un registro de profesionales con un estatuto protegido.

En Alemania y en Gran Bretaña, desde 1997, es una profesión registrada por el Estado. Este hecho incrementa una protección hacia los pacientes por:

- Formaciones reguladas
- Responsabilidad clínica
- El mantenimiento de la competencia clínica por el desarrollo profesional continuo
- Que la arte terapeuta trabaja dentro de los límites del código de conducta profesiones de la salud) y BAAT (La asociación de arte terapéuticas británicas del Consejo de las Profesionales de la Salud
- La observancia del código ético de la Asociación de Arte terapeutas Británicos

Capítulo 2. REFERENCIAS HISTÓRICAS DE LA DISCAPACIDAD PSÍQUICA

2.1. Primeras referencias históricas



Sobre el abandono y la crianza de los hijos, una ley debe prohibir que se críe a ninguno que esté lisiado

Aristóteles, Política

Tlazolteotl, Dios azteca de la locura, la fertilidad y la lujuria.

La deficiencia es un concepto social y por sí misma no significa nada; solo es a través de lo social y lo cultural como toma significado. La sociedad con relación a la deficiencia, ha tenido muchos modos de tratarla, de comprenderla, de recibirla, de atenderla, en definitiva, de crearla.

En la historia de las deficiencias, vamos a ver cómo se han producido muchas variaciones en comprensión y el lugar que ha ido ocupando en el desarrollo social y cultural. Como todo desarrollo social, este, el de la creación y consideración de las deficiencias, no ha sido de modo lineal, sino que ha tenido y tiene numerosas evoluciones y contradicciones. Lain, (1995)⁷, médico y escritor aragonés especializado en el campo de la medicina, describe los dos extremos del camino recorrido en la concepción y tratamiento de las deficiencias:

❖ *El enfoque o actitud pasiva, en el que se enmarca la tradición demonológica, que considera la deficiencia fruto de causas ajenas al hombre, p.e., del pecado, castigo de los dioses, del demonio etc., y, portanto, situación incontrolada e inmodificable, lo cual se traduce en rechazo, segregación, etc.*

❖ *El enfoque o actitud activa, en el que encaja la tradición naturalista, que abarca la deficiencia como enfermedad, fruto de causas naturales y/biológicas y/o*

⁷ Lain Entralgo, Pedro, 1995, *Historia de las deficiencias*, p. 26, Ed. Escuela Libre Editorial.

ambientales, y, por tanto, situación modificable, lo cual se traduce en prevención, tratamientos, integración, etc.

El concepto de discapacidad no se define a sí mismo, sino que es el resultado de la cultura social, es decir, de la unión del contexto social y del momento histórico; de este modo Scheerenberger (1984)⁸ lo expresa del modo siguiente:

El retraso mental es en esencia un fenómeno determinado socioculturalmente que sin duda empezó a manifestarse desde los albores de la humanidad. Cualquier sociedad, comprendidas las tribus más primitivas, ha estado constituida incuestionablemente por miembros más capaces y por otros menos capaces... La importancia de la debilidad individual, sin embargo, ha variado con las necesidades de la sociedad, sus expectativas y la conciencia social.

La atención dada a los discapacitados sufre de variaciones no solo entre épocas sino también entre culturas, aunque se mantienen algunas consideraciones y que determinan el continuo de su comprensión; eso que le caracteriza es la *situación de marginalidad* que les persigue. Burgdorf (1980) prefiere hablar de **segregación** y **desigualdad**, mientras que Bardeau (1978), desde una tesis más radical, opta por **alienación** e **intolerancia**. Estas dos ideas, conexión con el contexto social y variabilidad histórica, son expresadas por Scheerenberger⁹ del modo siguiente:

El retraso mental es, en esencia, un fenómeno determinado socioculturalmente que sin duda empezó a manifestarse desde los albores de la humanidad. Cualquier sociedad, comprendidas las tribus más primitivas, ha estado constituida incuestionablemente por miembros más capaces y por otros menos capaces... La importancia de la debilidad individual, sin embargo, ha variado con las necesidades de la sociedad, sus expectativas y la conciencia social.

De este modo, la figura que se le atribuye al discapacitado en la sociedad, no ha dependido tanto de sus características objetivas, del tipo de discapacidad, o de su gravedad, ni siquiera

⁸ Scheerenberger, R.C. (1984): Historia del retraso mental. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. P.5

⁹ lbdm

de la limitación de su funcionalidad, sino desde el modelo cultural y de comprensión social de las diferencias.

La deficiencia siempre ha sido un tema de inquietud, tensión y contradicción en su abordaje, es decir, en el modo en cómo integrarla en la vida social. Atrapada entre las relaciones sociales de producción y las de convivencia, la deficiencia, de modo abrumador, casi siempre ha sido un valor de lo rechazable y de lo temido.

La referencia más antigua que tenemos del cuidado de las deficiencias se remonta a Shanidar I, descubierto en una cueva de las montañas de Zagros en Iraq. Este Neanderthal, de unos 40-50 años, fechado hace 60.000 – 80.000 años, había sido un individuo severamente discapacitado que le habría sido imposible sobrevivir por sí mismo; padecía unas deformidades que le impedían cazar por sí solo, ni siquiera caminar sin ayuda. Trinkaus y Solecki creen que este individuo había sido cuidado por el resto de los miembros de su clan.

En **Mesopotamia** (2008)¹⁰, unos cuatro mil años antes de Cristo, se establece la *civilización sumeria*, de la que se conservan documentos médicos en tablillas grabadas mediante *escritura cuneiforme*. Se trata de una cultura mágico-animista que posee una concepción sobrenatural de la enfermedad: ésta se considera un castigo divino impuesto por diferentes demonios tras la ruptura de algún tabú. De este modo, lo primero que debe hacer el médico es identificar cuál, de los aproximadamente 6.000 demonios, es el posible causante del problema. A la enfermedad se la denomina “*shêrtu*”, pero esta palabra asiria significa también pecado, impureza moral, ira divina y castigo. Los primeros médicos babilonios fueron los sacerdotes de Assipu, que se ocupaban de las enfermedades internas y, especialmente, de las afecciones mentales - anticipando la especialidad psiquiátrica, aunque bajo una óptica más religiosa que científica - que eran consideradas como posesiones demoníacas y tratadas con métodos mágico-religiosos. Las enfermedades eran un “castigo divino”, y para conseguir la curación, los sacerdotes debían descubrir cuál era el pecado que se había cometido. En el “tratamiento” se empleaban oraciones, salmodias, sacrificios, fórmulas mágicas... Más adelante aparecieron los médicos “no sacerdotes”, que

¹⁰ Omaña Palanco, Ricardo. Tesis doctoral. *Estudio sobre la depresión según la encuesta nacional de salud 1995-2003*, P. 8. Madrid, Enero 2008. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/8708/1/T30801.pdf>

se ocupaban de las manifestaciones patológicas externas, como curar heridas, utilizando formas más naturales de tratamiento.

Los **egipcios** (2008)¹¹, mucho antes que los griegos, establecieron en sus templos un tipo de medio ambiente en el cual se estimulaba a los pacientes a entretenerse con actividades recreativas, como excursiones, conciertos, danzas, pintura y dibujo. Los dos papiros egipcios más importantes referentes a medicina datan de 1550 A.C. y son el papiro de Ebers y el de Edward Smith. En el Papiro de Ebers (XVI A.C.) se comenta varios trastornos mentales y se hace referencia a la epilepsia. El papiro egipcio de Edward Smith (1550 A.C.) reconoce por primera vez en la historia, al cerebro como "*localización de las funciones mentales*". Asimismo, atribuye al cerebro funciones motoras. En el templo de Imhotep (Menfis), se utilizaban los sueños con fines terapéuticos, precedente claro de la práctica que se desarrollaría siglos más tarde en los templos griegos. Los egipcios descubrieron el trastorno emocional que los griegos llamarían "histeria". Lo atribuían a una malposición del útero, por lo que fumigaban la vagina con la intención de devolverlo a su posición.

Los **griegos** (2008)¹² fueron los primeros en estudiar las enfermedades mentales desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión, es decir, atribuyeron las enfermedades psíquicas a un origen natural, lo cual subsistió hasta fines del siglo XVIII. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. En Atenas, si bien de una forma empírica y naturista, comienzan a crearse lugares saludables, por su clima o sus aguas, para la estancia de enfermos o convalecientes. En cambio, en Esparta las Leyes de Licurgo, que pretendían una mejora racial a ultranza, así como la pertenencia total del individuo al Estado, obligaban a que todo aquel que al nacer presentase una deformidad física fuese eliminado. Para ello, como es bien conocido, se recurría al despeñamiento por el monte Taigeto.

¹¹ Scherer Ibarra, M. A. (2008), Tesis: El lugar del psicoanálisis en las instituciones pediátricas, recuperado de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1352/1/RI000852.pdf>, P, 2.

¹² Ibid. p. 2

Los **romanos**, especialmente a partir de la Ley de las Doce Tablas (540 A. C.), conceden al padre todos los derechos sobre sus hijos, muerte incluida. En general, sin embargo, la muerte del niño deforme no era lo habitual, sino que se le abandonaba en las calles, o bien se le dejaba navegar por el Tíber, introducido en un cesto, para pasar a las manos de quien le utilizase, bien como esclavo, bien como mendigo profesional. Es en Roma donde se inicia el ejercicio de la mendicidad como oficio y donde nace la costumbre, tan extendida después, de aumentar las deformidades deliberadamente con el fin de que, al ser mayor la compasión, fuesen también mayores las limosnas. Esto originó todo un comercio de niños deformes o deformados a voluntad, con distintos tipos de mutilaciones que se va a mantener prácticamente hasta nuestros días. Es en Roma, finalmente, al ser un país guerrero por antonomasia, donde se va a dar por primera vez el *sistema de retribución a los discapacitados*, si bien exclusivamente por causa bélica, a través de la entrega de tierras de labrantío, cuyo cultivo les permitiese proveer a su subsistencia. Este sistema es el que dio origen indirectamente a los agrupamientos llamados “collegia”, antecedente directo de las agrupaciones gremiales de la Edad Media.

En este mismo marco histórico de China, resulta curioso constatar la presencia de dos prácticas sociales que describe Meyerson (1995)¹³ como claros indicadores de la relatividad cultural de la discapacidad física y que refuerzan nuestra tesis de la dependencia del contexto social. En China, se creaban personas de talla baja que utilizaban para diversión y capricho de las clases pudientes. Metían al niño que condenaban al enanismo en un ánfora de la que solo asomaba la cabeza y extremidades, sometiéndolos durante años a una dieta que provocaba raquitismo y un cuerpo moldeado por la vasija que lo contenía. El resultado servía de burla y escarnio. También se produjo la tradición de vendar los pies de las niñas, así como la costumbre de dejar crecer la uñas de las manos como símbolo externo de riqueza. Sobre la segunda de tales prácticas, menos conocida, Meyerson (1973)¹⁴ escribe:

Cuando un hombre poderoso alcanza la cima de su poder tiene que colocar sus manos de tal manera que las uñas van creciendo hasta atravesarle la palma de la otra mano. Desde un punto de vista físico, esta persona se halla en una posición similar a la de un amputado de ambas manos, pero no podemos decir que

¹³ Aguado Díaz, Antonio León. (1995), *Historia de las deficiencias*, p. 40. Escuela Libre Editorial, Fundación, Madrid

¹⁴ <http://www.cocemfe.byethost33.com/web/0101ant.html>, P.10

padezca una incapacidad, en el sentido psicológico o social del término, puesto que más bien el juicio de los chinos sería el de que se trata de una persona que ocupa una posición envidiable. Como no tiene que ocuparse de sí mismo ni trabajar se sentiría orgulloso.

Desde la antigüedad, la estructura social indú ha estado basada en un sistema de castas, que distribuían los roles sociales según el nacimiento y reservaban un lugar aparte para aquellos que no pertenecían a ninguna (parias). El orden sagrado de esta situación de estratificación social y la imposibilidad de cambiar de casta a lo largo de la vida está establecido en el **Código de Manú**¹⁵, hacia el siglo III A.C., donde también se regula el infanticidio de niños afectados de ceguera y de otras enfermedades graves, que junto a aquellos que presentaban deformidades eran arrojados al Ganges. También se regula el abandono de la mujer, que en caso de disfunción eréctil o enfermedad grave *la cual es castigo de los pecados*, la mujer no debe ser despojada de sus pertenencias.



No todo era tan atroz; **Zaratustra**, profeta iraní, 1.000 años A.C., y fundador del Zoroastrismo, **Confucio**, filósofo chino, 551-479 A.C, **Buda**, líder religioso nepalí 563-480, **Jesús de Nazaret**, todos ellos, abogaron por un trato digno a las personas con deficiencias. Se produjo una mejoría muy importante con el surgimiento del cristianismo, prohibiéndose la venta de niños como esclavos, la muerte de niños discapacitados y se enfatizó la

¹⁵ Primeras civilizaciones. Recuerdo de www.cocemfe.byethost33.com/web/0101ant.htm

creación de lugares para la atención del discapacitado de la mano del Emperador Constantino y que les llamó “nosocomios”.

En Europa, el primer peldaño en el estudio de las anomalías de conducta y enfermedades mentales, puede considerarse colocado por el médico griego *Alcmaeon de Croton*¹⁶ (aproximadamente en el año 500 A.C.). Es probable que escribiera su libro *De naturaleza* en algún momento entre 500 y 450 A.C. Los supervivientes fragmentos se centran principalmente en cuestiones de psicología y epistemología y revelan *Alcmaeon* a ser un pensador de gran originalidad. Fue el primero en identificar el cerebro como sede de entendimiento y distinguir comprensión de percepción. Planteó que el órgano del cuerpo donde se captaban las sensaciones, se generaban las ideas y se permitía el conocimiento, era el cerebro. Aunque su concepción no se atiene íntegramente a las implicaciones de este órgano, tuvo la agudeza de descubrir su importancia. Es el primer autor en indicar que la salud depende de un equilibrio de energías opuestas en el cuerpo.

Esta idea fue posteriormente tomada y desarrollada por **Hipócrates**¹⁷, el padre de la medicina (460-377 A.C.). En su opinión, los desórdenes mentales eran consecuencia de enfermedades del cerebro, e intentó explicar de forma coherente todas las enfermedades mentales a partir de causas naturales siendo este uno de sus principales méritos.



Señaló por primera vez un posible origen natural de los trastornos mentales, basándose en la idea de que toda enfermedad tiene su origen en el desequilibrio entre los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. Hipócrates es, además, autor de la primera clasificación psicológica de los temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico o flemático) e, incluso, llegó a diferenciar tres categorías de trastorno mental: manía, melancolía y frenitis, ideas que perduraron casi inalteradas hasta el final de la civilización grecorromana.



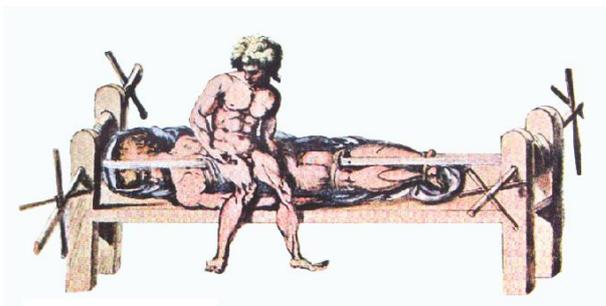
Cinco cabezas grotescas, ilustración de los cuatro humores y temperamentos (colérico, sanguíneo, melancólico o flemático)

¹⁷ Bófill Ródenas Ana María. Tesis doctoral “Valoración de la condición física en la discapacidad intelectual”. http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2479/AMBR_TESIS.pdf?sequence=1, pag. 46

melancólico, sanguíneo y flemático), en torno a un perfil clásico (dibujo de Leonardo da Vinci, hacia 1490).

En sus escritos, menciona la **anencefalia**, así como otras malformaciones craneales asociadas a un severo retraso mental (RM).

El método hipocrático era muy acertado al tratar dolencias simples tales como las fracturas; requirieron que la tracción estirara el esqueleto e hiciese presión sobre el área dañada. El banco hipocrático, fue un sistema que precedía a un dispositivo de tortura, y otros dispositivos fueron utilizados con este fin. El banco hipocrático, a su vez, ha sido una estupenda metáfora sobre cómo, y más aún en el tema que nos ocupa, la sociedad ha tratado y manejado las distintas situaciones, encogiéndose o estirando la situación en función de una medida preestablecida y no a la inversa; de este modo, el problema no tiene medida propia, sino determinada por la sociedad. Me surge la inquietud manifiesta de si este método de medida sigue siendo válido actualmente, obviando las peculiaridades de la subjetividad y la singularidad en pos de actividades para la integración que en nada tienen que ver con las necesidades de crecimiento de los afectados.



El cuadro siguiente resume las oscilaciones y evolución del concepto de discapacidad¹⁸:

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
Magia	Laín Entralgo (1988)	Empirismo
Pecado	Laín Entralgo (1961)	Enfermedad
Animismo	Scheerenberger (1984)	Afecto y cuidado
Brujería, religión, animismo	Pérez Alvarez (1988)	Magia
Ligado a lo religioso		Carpintero et al. (1979)
Psiquiatría	Zilboorg et al. (1968)	Medicina
Ciencias sociales	Pérez Alvarez (1988)	Medicina y ciencia
-Animismo; apelación a poderes extraños, espíritus, dioses o fuerzas animadas		- Empirismo :recurso a un remedio que ha demostrado eficacia en casos similares
-Práctica del <i>infanticidio</i>		-Shanidar I
-Eliminación y/o abandono de discapacitados para la caza y el nomadismo- Tratamiento de dificultades funcionales, reducción de fracturas, cirugía de los huesos		
- Probable remisión al brujo		Práctica de la <i>trepanación</i>

Cuadro 1. Síntesis del *enfrentamiento ante la deficiencia* en la prehistoria.

2.2. Edad Media

La mayor remora de la vida es la espera del mañana y la pérdida del día de hoy.

Lucio Anneo Séneca.

En Europa, durante la Edad Media¹⁹, se retomó la concepción animista de la enfermedad y la postura más frecuente respecto a los enfermos mentales era considerarlos pecadores.

(...) El desarrollo de la ciencia se vio frenado por los dogmas religiosos; todo lo que fuera en contra de ellos era considerado sacrilegio y herejía y, por tanto, severamente castigado. En esa época, se consideraba que los enfermos mentales eran criaturas poseídas del demonio y los únicos medios de curación eran la tortura y la hoguera. El discapacitado encuentra muy poco a su favor, como no sea persecución, superstición y daño, en lo cual intervienen una serie de factores que no es del caso analizar. El significado religioso de las deformidades se exagera y así puede verse que los genios del mal son representados en la figura de seres físicamente deformes. La deformidad es un castigo divino y la

¹⁸ Aguado Díaz, Antonio León. 1995, Historia de las deficiencias, p. 36. Escuela Libre Editorial, Fundación, Madrid

¹⁹ Portuondo Sao, Miriam. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm

*enfermedad obra del demonio. Es corriente ver en pinturas de la época al diablo saliendo, generalmente por la boca, de la persona “posesa”, como en la tabla de **Leonhard Beck**, conservada en Viena y que representa a “Santa Radegunda expulsando a un diablo.*

En la Europa medieval, solo se podían considerar “afortunados” los retrasados mentales cuando eran vistos como “bufones” o “abortos de la naturaleza”²⁰. En este periodo, la psiquiatría apareció con el nombre de demonología, ya que la Iglesia excluyó a la psiquiatría de la medicina. De esta manera, las enfermedades mentales fueron consideradas como posesiones demoníacas. Muchas de estas manifestaciones diversas de la psique, tenían una explicación mítica o iniciática que recibe el nombre de **Teolepsia**²¹:

La Teolepsia es un fenómeno común en las religiones antiguas y, concretamente, en la griega. La presencia constante de los dioses en la vida terrenal, se expresaba con bastante frecuencia a través de la posesión del fiel por parte de la deidad, posesión que ayudaba a explicar comportamientos que se salían de la norma (es famoso el caso de los epilépticos) pero, también, a fomentar la sensación de que los dioses formaban parte inexcusable del discurrir humano (...). En principio, cualquier dios puede poseer a un ser humano y condicionar su comportamiento. Dependiendo de los síntomas de la posesión, la mentalidad popular la atribuía a la acción determinada de una deidad que se relacionaba en sus atributos, mitología o epíteto con el comportamiento desmedido que presentaba el poseído.



El bufón don Sebastián de Morra, por Velázquez



Bufón



El bufón Calabacillas (Velázquez)

²⁰ Ibidem

²¹ Cardete del Olmo, M.C.: “Un caso específico de Teolepsia: La Panolepsia”. En: Emerita, Revista de Lingüística y Filología Clásica (EM) LXXVI 1, enero-junio de 2008 pp. 67

Siguiendo a Aguado Díaz y Antonio León (1995), nos describen la progresión en la Edad Media sobre la situación y evolución del concepto y trato de las personas con discapacidad:

Arnau de Vilanova (c.1.238 - 1.311) fue uno de los más prestigiosos médicos de su tiempo. Su controvertida personalidad y su extensa obra, en parte apócrifa, hacen de él un personaje curioso. Sus teorías aparecen a veces influidas por la astrología y por la magia

La medicina árabe floreció en la Edad Media; los árabes consiguieron rescatar algunos textos de los sabios de la Grecia clásica. Las principales figuras de la medicina árabe medieval fueron:

Avicena (=Ibn Sina, 980 - 1.037) médico persa, máximo exponente de la medicina árabe. Su texto médico, conocido como "**Canon de medicina**", ha sido quizás el más influyente a lo largo de la historia de la medicina. En el Canon se ocupa de la locura, entre otras enfermedades psiquiátricas y desarrolla un intento de correlación de las mismas con algunas alteraciones orgánicas; plantea una clasificación de las enfermedades mentales, en la cual incluye el término **amencia**, para designar el retraso mental.

Razés (=Al Razi, 865 - 925) médico persa anterior a Avicena, describió ampliamente varias enfermedades mentales y alguna curación usando métodos psicoterapéuticos

Maimonides (=Moshe ben Maimon, 1.135 - 1.204) médico y filósofo de religión judía del califato de Córdoba que sufrió el exilio a Egipto. Trata en su obra de aspectos de higiene mental.



Copia latina del Canon de la Medicina, fechada en 1484, situada en la Biblioteca Médica P.I. Nixon del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio.

La creación de establecimientos especialmente destinados a la acogida de los enfermos mentales tiene su auge en la Edad Media²². Los precedentes los encontramos en Jerusalén (s. V d.C.), Fez y Bagdad (s. VIII, Dayr Hizquil = Casa para enfermos mentales), El Cairo (año 800) y en Siria, Damasco y Alepo (s. XIII). En Europa Occidental aparecen los sanatorios de Metz (año 1.100), Braunschweig (1.224), Bedlam (1.377) y Valencia (1.409). En la creación del Hospital de la Santa Creu de Barcelona (1.401) se estableció un departamento específico para enfermos mentales. La brujería constituye un fenómeno típico de la Edad Media. La Inquisición persiguió cruelmente a las brujas, muchas de las cuales eran personas con trastornos mentales. Algunos fenómenos de psicopatología colectiva se produjeron en la misma época, por ejemplo la "*locura de los danzantes*".

En el Decamerón (1.349-1.351), Boccaccio describe las variopintas reacciones psicológicas del pueblo frente a la temida epidemia de peste que azotó Europa.

Considerando que la enfermedad mental es congénita y permanente, en 1324, en Inglaterra, Eduardo II establece que promueve la ley en la que se considera que los enfermos mentales no pueden tener ninguna propiedad a su nombre y esta pasa a la Corona.

En la tendencia a promulgar un reconocimiento legal de la deficiencia, es imprescindible establecer algún procedimiento de diagnóstico. Así, en 1534, Sir Anthony Fitzherbert (1470-1538), en su *New Natura Brevium*, esboza un primitivo test de inteligencia²³, en el que se establece:

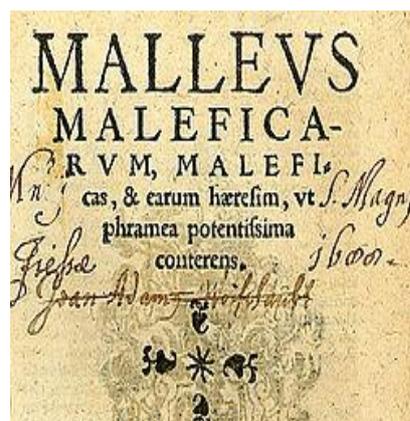
Y se dirá que es tonto o idiota de nacimiento, aquel individuo que sea incapaz de contar o numerar veinte peniques, de decir quién es su padre o su madre, como de saber su propia edad, de modo tal que aparente no poseer entendimiento o razón, ni para su beneficio ni en su detrimento. Pero si su entendimiento es tal que conoce y entiende las letras, y lee gracias a las enseñanzas o la formación de otro hombre, entonces no puede decirse que sea tonto o idiota natural... Posteriormente se añadirían otras pruebas como medir un metro de tejido y nombrar los días de la semana.

²² http://www.ammanu.edu.jo/wiki1/es/articles/p/s/i/Portal~Psiquiatr%C3%ADa_db7b.html

²³ Aguado Díaz, A. León. Historia de las Deficiencias, p. 63. Escuela Libre Editorial

A pesar de que la diferencia entre la enfermedad mental y orgánica viene de muy lejos, sus tratamientos se han caracterizado por cierto abandono, pero han tenido sus diferencias visibles en los lugares en los que dominaba el cristianismo. En Babilonia, se desarrollaban los tratamientos drásticos para la enfermedad mental, llevándoles a la hoguera o a enterrarlos vivos, lo que propiciaba eliminar todo el problema. Un poco más tarde, se pasó a considerar que la locura tenía que ver con una especie de “gracia divina” y sus actos disarmónicos, extravagantes, etc, se les veía como una inspiración especial y se les llamaba “santos de Dios”, dando lugar a la puesta en marcha de instituciones especiales para ellos.

En determinados modos de locura, cuando adquirían tintes religiosos, se los podía llegar a considerar como si fuesen santos o estuviesen en contacto con Dios. Cuando sus acciones eran violentas, se interpretaban como demoníacas y se les practicaban exorcismos o se les metía en cárceles y se les dejaba morir por falta de atención. También, en alguna ocasión, llegaron a ser quemados acusándolos de brujería tal y como fomentaban las ideas expresadas en el "*Malleus Maleficarum*"²⁴, <<enciclopedia cruel sobre brujería>>, probablemente el tratado más importante que se haya publicado en el contexto de la persecución de brujas y la histeria brujo del Renacimiento, escrita por los frailes dominicos **Sprenger y Kraemer** en 1486, y pese a que ciertos autores, como **Weyer** en su libro "*De Praestigis Daemonum*", defendieron que las brujas eran personas enfermas que habían perdido el control de sus emociones. "*Malleus Maleficarum*" supone la máxima expresión de la tradición demonológica y establece que: "*Cuando el paciente no encuentra alivio en los medicamentos, antes bien, empeora con ellos, la enfermedad es producto del demonio. Está fuera de duda que incontables hombres, mujeres y niños inocentes, aquejados de retraso mental o epilepsia, sufrieron este sino*"²⁵.



²⁴ (1493-1541) El renacimiento es una época ambigua, cuando no contradictoria en materia de psiquiatría. Hereda y ahonda en la visión demoníaca del loco, identificado en muchos casos con la brujería; pero el espíritu humanista que le es propio da lugar a la proliferación de manicomios y de los primeros estudios científicos sobre la enfermedad mental. El *Malleus maleficarum* (Martillo de brujas) escrito en 1486 por los teólogos Heinrich Kramer y Johann Sprenger atribuye al demonio la causa de todas las enfermedades mentales.

²⁵ Scheerenberger, R.C. (1984): Historia del retraso mental. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales. p. 45

2.3. Edad Moderna

Todo interés por la enfermedad y la muerte constituye tan sólo otra manifestación de interés por la vida.

Thomas Mann, La Montaña Mágica.

Un modo de acercarse a “estas enfermedades”, como nos hace ver Scheerenberger, R.C. (1984), fue intentar aplicar un tratamiento más o menos médico y muy propio de la época, como era el impregnar de **celedonia** un paño de lino que se colocaba en la axila izquierda del lunático; como era de esperar, este tipo de tratamientos no solucionaron nada, así que cuando durante el medioevo comenzaron a surgir conceptos etiológicos que intentaban comprender las diversas enfermedades orgánicas, se intentó algo parecido con las mentales.

Según Alexander F, Selesnick S. (1966), **Paracelso**, autor del tratado "*Sobre las enfermedades que privan de la razón*", abogó por una etiología racional de la enfermedad mental en contra de la etiología espiritual dominante, aunque para él se relacionaba con una alteración propia del "spiritus vitae", por la influencia de los astros sobre éste, o por la acción del calor sobre el "humor vitae"... Propone que las enfermedades mentales no tienen su causa en Dios, sino en procesos naturales, y adelanta una clasificación en cinco grupos: epilepsia, manía, locura verdadera, baile de San Vito y "suffocatio intellectus". Los *locos verdaderos* se dividen también en cinco tipos: lunáticos, insanos, vesánicos, melancólicos y obsesos.

Esta revolución se acompaña de la obra y el pensamiento del que es considerado el padre de la psicología, **Juan Luis Vives** (1538), autor del tratado *De anima et vita* (Basileae, 1538) humanista, filósofo y pedagogo español de origen judío, apunta varios aspectos de psicología y psicopatología y niega categóricamente el origen sobrenatural de la locura.

Alexander F, Selesnick S. (1966), exponen que a los de **Vives** hay que añadir los estudios de **Jean François Fernel** (1485-1558), quien describe varias capacidades de la mente como la memoria, la inteligencia, o el sentido común, y que se reafirma en el origen natural de la enfermedad mental. **Johann Weyer** (1515- 1588), médico y humanista, y algunos otros médicos como **Cornelio Agripa**, **Girolamo Cardano**, **Arnau de Vilanova** (1238 - 1311), **Andrés Laguna**, **Amato Lusitano** o **Lavinio Lemnio** también se oponen a que los locos sean

quemados en la hoguera y reivindican el origen médico de la locura. **Weyer** desarrolla un tratado teórico sobre el tema del demonio y la locura titulado *“De Praestigiis Daemonum et Incantationibus C.a. Venificiis (En las Ilusiones de los Demonios y en hechizos y Venenos, 1563)”*.

En la línea de buscar causas tangibles, se tendió a dar credibilidad a las suposiciones de causas orgánicas y se extendió la opinión de que la enfermedad mental y el retraso mental son el resultado de las excrescencias similares a los cálculos renales, ya que con su desarrollo ocasionaría una presión en el cerebro que sería la causa del deterioro mental. En ocasiones, parecía que se pronunciaba como protuberancias en la frente de los retrasados.

Siguiendo a Alexander F, Selesnick S. (1966), argumenta que estas ideas, que rozaban más la superstición que la simple creencia, fueron un campo abierto para todo tipo de charlatanes, que se aprovecharon de la incredulidad de las gentes del pueblo e intentaron hacer negocio.

Curanderos ambulantes e individuos de la más variada y baja calaña se ofrecían para extirpar la "piedra" a los crédulos pacientes que acudían buscando tratamiento o a las personas que eran remitidos por sus preocupados familiares”²⁶.



La extracción de la piedra o El cirujano 1555

Museo del Prado, Madrid.
Bajos



La Piedra de la locura (1475-80)

Museo del Prado, Madrid



La extracción de la

²⁶ http://idd0073h.eresmas.net/public/artic10/artic10_1.html

No temían practicar una sencilla operación craneal a aquellos que se ponían en sus manos. El riesgo, como era de esperar, era mínimo pues en realidad el supuesto curandero sólo hacía una pequeña incisión con una navaja sobre la frente del paciente, que resultaba limpia en unas ocasiones o aparatosa en otras. Luego, llegado el momento oportuno y mediante un habilísimo juego de manos, escamoteaba una pequeña concreción calcárea que parecía haber salido del cráneo del enfermo, y que finalmente exhibía ante los asombrados ojos de la multitud de testigos que se había reunido a su alrededor para ver el fantástico y a la vez ladino acto quirúrgico. La "piedra" que se le extraía al paciente normalmente acababa engrosando la colección particular del curandero y se encontraba permanentemente expuesta, ya sobre una mesa abarrotada de botellas, cajas, navajas y trapos, o engarzada en cordeles que engalanaban su puesto ambulante. Toda una publicidad sobre su arte, habilidad y experiencia en ese tipo de tratamientos.

El retraso mental y la enfermedad mental no han estado muy separados hasta la historia reciente. La comprensión de la locura, en sentido estricto, hace mención a una situación que va más allá de solo la enajenación mental o la locura; esto es, se refiere a la *estulticia*, concepto desarrollado por el célebre humanista europeo **Erasmus de Rotterdam** (1466-1536), y que dedica a su amigo **Tomas Moro** una serie de reflexiones en las que *la estulticia* se convierte en protagonista. Experto en el tema, gracias a su inteligente y satírica obra "**Elogio de la Locura**" (2007)²⁷, también llamado *Encomio de la Estulticia* o *El Encomio de la Sandez*, investiga una de las pasiones más comunes del ser humano:

La Sandez... y hacía referencia como estupidez, tontería, sandez o majadería, en una sabia combinación con la bobería, la mezquindad e incluso la malicia. Tomando como referencia a Horacio, Cicerón, los estoicos, la Biblia -el Eclesiástes- y otros escritos y/o manifestaciones de los filósofos de la antigüedad, pretende demostrar que el Mundo está lleno de sandios, que la sandez es el

²⁷ Erasmus de Rotterdam. (2007)Elogio de la locura, p.35, Ed. Espasa,

patrimonio de todos los mortales y, que entre otras cosas, que la alegría de nuestra existencia se debe a la sandez. Y para ello, hace hablar... a la Sandez”.

Continúa argumentando:

Es, ante todo, manifiesto que todas las cosas humanas, como los silenos de Alcibíades, tienen dos caras que difieren sobremanera entre sí, de modo que lo que exteriormente es la muerte, viene a ser la vida, según reza el dicho, si miras adentro; y, por el contrario, lo que parece vida es muerte; lo que hermoso feo; lo opulento, paupérrimo; lo infame, glorioso; lo docto, indocto; lo robusto, flaco; lo gallardo, innoble; lo alegre, triste; lo próspero, adverso; lo amigable, enemigo; lo saludable, nocivo; y, en suma, veréis invertidas de súbito todas las cosas si abris el sileno²⁸.

A través de **Erasmus**, la necedad cuenta como es la verdadera "ama y señora de todo y de todos". Una hipótesis de Erasmus es que la estupidez lejos de ser considerada como algo despectivo, la sitúa en el centro de lo esencial de la vida y que de ella no se puede escapar nadie, ni artesanos, científicos, clérigos, etc.

Es interesante detenernos un poco en la propuesta de **Erasmus**: hace un recorrido por la estupidez humana a lo largo de los tiempos y pone de manifiesto que, ésta, es la verdadera reina del mundo, ya que, según nuestro humanista, son precisamente los estultos los que triunfan sobre los doctos. Y en un discurso lógico pone ejemplos de semejante aseveración. Por ejemplo²⁹,

(...) los sabios, los prudentes, los reflexivos, suelen aburrir, acaban casi siempre arruinados y abandonados a su suerte, mientras que los majaderos hacen reír, alegran la vida, gracias a su estupidez suelen medrar porque nadie les considera peligrosos y, además, pueden decir y hacer lo que se les antoje delante de quien quieran, ya que precísamele su estupidez les salvará de un juicio terrible y el consiguiente castigo y se será benévolo con ellos. ¿Hay pues mayor felicidad posible? La Estulticia, expendedora de

²⁸Ibidm, p. 54

²⁹Ibidm, p. 62

*ilusiones, proporciona la felicidad, y todo hombre será tanto más dichoso cuanto más ciegamente dependa de sus pasiones, cuanto más irrazonablemente viva. Pues toda reflexión y todo atormentarse a sí propio oscurece el alma; el placer no está nunca en la claridad y en la prudencia, sino siempre en la embriaguez, en la superabundancia, en estar fuera de sí mismo, en la ilusión; un brote de locura corresponde siempre a toda vida verdadera, y el justo, el clarividente, el que no está sometido a las pasiones no representa, en modo alguno, al hombre normal, sino una especie de monstruosidad. Sólo aquel que en su vida es acometido por la locura puede en verdad ser llamado hombre. Por ello, alabase con gran énfasis la Estulticia como verdadera promotora de todas las humanas obras; con seductora facundia expone cómo todas las muy celebradas virtudes del mundo, el ver claro y verdadero, la sinceridad y la honradez, en realidad sólo fueron hechas para amargar la vida del hombre que las ejercita; y como, aparte esto, es dama instruida, cita orgullosamente a favor suyo la sentencia de **Sófocles**: “Sólo en la irreflexión es grata la vida.*

Continúa exponiendo Erasmo, que *no se engañaba acerca de nada ni de nadie, conocía la hondura más remota de aquella debilidad secreta que le alejaba de lo poético y de lo verdaderamente creador; es, a saber, que siempre se sentía demasiado razonable y demasiado poco apasionado, que su no tomar partido y colocarse por encima de las cosas lo ponían fuera de lo viviente. La razón no es nunca más que una fuerza reguladora, jamás constituye por sí misma una capacidad de creación; mas lo verdaderamente fecundo siempre presupone de hecho una locura.*

Marca Erasmo, un punto de inflexión muy interesante y que rompe con propuestas organicistas y/o animistas, pese a la época. Lo verdaderamente revolucionario es que pone en evidencia que el ser humano no es sujeto de la razón sino de la emoción y de la pasión, siendo esta lo que verdaderamente mueve a la razón, pasando a ser una propuesta que aún hoy en día no está muy consensuada en el mundo de comprensión de la discapacidad. Aún más, nos muestra con extraordinaria clarividencia que la razón no es sino una defensa necesaria ante la fuerza de las emociones y de las pasiones. Podríamos decir que es el

precursor del pensamiento psicoanalítico y del surrealismo. Erasmo, en su inquietud por saber de sus pasiones, en su necesidad de reconocerse y de encontrar la satisfacción ilusionada de sus emociones y pasiones, aboga por encontrar, en lo que desde el psicoanálisis se llama “el deseo”, el núcleo y motor de la ilusión y eso sería, para él, la verdadera esencia del ser humano. Parece que Erasmo enfatiza la estulticia como un logor de la consecución de la identidad, por otra parte, un poco fallida para generar deseos; sin embargo, Erasmo en pro de la esencia del ser, lleva la eso, la esencia del ser a la fusión con el otro, con un tono abusivo de desesperanza. Ahora bien, si bien las emociones y pasiones mueven el devenir de todo sujeto y nuestro desarrollo se constituye en el encuentro logrado y fallido con el otro, siendo esto lo que no desarrolla Erasmo, si bien no se le puede reprochar. Defiende Erasmo: *Diga lo que quiera de mí el común de los mortales, pues no ignoro cuan mal hablan de la Estulticia incluso los más estultos; soy, empero, aquélla, y precisamente la única que tiene poder para divertir a los dioses y a los hombres*³⁰

Por su parte, **Tomás Moro** (2004), en su libro clásico "*Utopía*", explica las interrelaciones que pueden darse entre las personas “normales” y aquellas aquejadas de enfermedad o deficiencia mental. Nos expone con mucho desarrollo que *las personas con discapacidad son los seres más nobles, puros y queridos* y, de este modo, las personas a su cargo deberían de considerarse privilegiadas.

Sebastián Brant (1998), hijo de un pobre tabernero de Estrasburgo, educado en los principios del humanismo en la Universidad de Basilea, publicó en 1494 su brillante *Barco de los Necios*³¹. A bordo de esta notable nave, dirigida a Narragonia, viajaba una colección sumamente variada de tontos, descritos en 112 capítulos distintos, escritos en pareados rimados.

La nave está llena de monjas y frailes, alrededor de una mesa, con instrumentos musicales. Tanto la música como las cerezas del plato aluden a la lujuria, por lo que el pecado representado podría ser también éste. Todos cantan y beben; una monja hace proposiciones al borracho caído. La nave no tiene proa ni popa, lo que indica que no tiene dirección. Hombres desnudos nadan a su alrededor y

³⁰ *Encomio de la Estulticia*. p, 1.. Erasmo de Rotterdam

³¹ Sebastian Brant, *La nave de los necios*, edición y estudio de Antonio Regales Serna, Akal, Madrid, 1998, <http://www.artehistoria.jcyl.es/v2/obras/4925.htm>

piden bebida. En el centro, los personajes parecen querer morder un enorme buñuelo colgado, mientras otro trepa por el mástil para atacar a un pollo asado. El mástil es un árbol, del que flota un pendón con la media luna de los turcos. Entre el follaje vemos una lechuza, que simboliza la herejía.

2.4. El Renacimiento

*Tuve discípulos, que eran sordos y mudos **a nativitate...** a quienes mostré hablar, y leer, y escribir, y contar, y a rezar... é algunos latín, é algunos latín y griego, y entender la lengua italiana... é sobre todo, usaron de la doctrina, política y disciplina de que los privó Aristóteles.*

Pedro Ponce de León³²

Un gran avance, quizá el primero, que se da en la visión de la locura y la deficiencia en el mundo occidental, se produce a finales del siglo XVI y principios del XVII, en un proceso en el que se va tomando distancia de las influencias religiosas, tomando más protagonismo las teorías más de corte humanista.

Ello va a desarrollar una diferencia notable tanto en la comprensión del trastorno y de la deficiencia mental - la psicopatología se distancia de las concepciones religiosas - como en la atención y tratamiento de los afectados, que ya son pacientes y no endemoniados, cambio que viene sintetizado en el cuadro siguiente y sobre el que Pelechano (1976)³³ rescata la psicopatología de la demonología y la convirtió en un fenómeno susceptible de ser analizado, utilizando la lógica del pensar propia de un acercamiento naturalista en general y biologicista en particular, acercamiento que pervive en nuestros días en las escuelas psicopatológicas de corte biologicista y psicofisiológico.

³² Escritura otorgada por Ponce de León y recogida por Feijoo en sus *Cartas eruditas* (1753, edición de 1944, *Clásicos Castellanos*,

³³ Pelechano, V. (1976b): "Una escala de hábitos sociales (AHS-1) en deficientes mentales". *Análisis y Modificación de Conducta. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia* .

ENFOQUE / ACTITUD PASIVA	ACTITUD ACTIVA
<p>- <i>Instituciones manicomiales: hacinamiento</i> sustitución de tareas terapéuticas por las de custodia/administración; <i>nuevas formas de control;</i> <i>disminución de altas y acumulación de crónicos;</i> <i>encierro permanente y definitivo</i></p>	<p>- <i>Concepción naturalista, organicista y biologicista del</i> trastorno y de la deficiencia mentales - <i>Tratamiento como pacientes: rudimentos de</i> psicoterapia y laborterapia para <i>reinserción social</i> - Constitución de concepto de <i>locura y neurosis</i></p>

En la época del Renacimiento, según Laín Entralgo, *P (1978)*, le corresponde a **Félix Platter** (1536-1614), profesor de anatomía y medicina de Basilea, el mérito de aplicar medidas precisas de observación, en relación con los enfermos mentales. Platter intentó clasificar todas las enfermedades incluidas las mentales; puede considerarse un precursor en este sentido. En su clasificación, introduce el término de *imbecilidad mental*, con diferentes categorías. Poco después, en 1667, el anatomista y médico inglés **Thomas Willis** (1621-1675), introduce el término *morosis* para denominar el retraso mental. Lo que a pesar de lo inhumano del término, representó sin dudas un logro en sus tiempos.

Juan Luis Vives (1538)³⁴, humanista, filósofo y pedagogo español de origen judío, autor del tratado *De anima et vita (Sobre el alma y la vida)*, (Basileae, 1538) en el que, aun siguiendo a Aristóteles y defendiendo la inmortalidad del alma, atribuye a la psicología el estudio empírico de los procesos espirituales, estudia la teoría de los afectos, de la memoria y de la asociación de las ideas, por lo que se le considera como precursor de la antropología del siglo XVII y de la moderna psicología.

El retraso mental era considerado como una forma de locura o *insana* hasta 1689, en que **John Locke** (1632-1704), filósofo y médico inglés, establece por primera vez una clara distinción entre esta y otras enfermedades mentales, lo cual contribuyó naturalmente a la profundización del conocimiento.

Durante el siglo XVII, se fueron desarrollando una serie de estudios que confluyeron en todos los campos relacionados con la cultura (arte, filosofía, literatura, ciencia) y ello tuvo como consecuencia importante que la comprensión de las enfermedades mentales se alejó

³⁴ Alexander F, Selesnick S. (1966). *Historia de la psiquiatría*. Espaxs, Barcelona

de las teorías de la superstición y de los conceptos rígidos y, esto fue, el inicio de la ciencia moderna.

En la misma línea crítica, para Foucault (1979)³⁵ los manicomios suponen el apartamiento, el "gran encierro", de los "sin razón", los insensatos, los irracionales, respecto a la razón social del dominante. En este sentido, escribe: *en su funcionamiento, o en su objeto, el Hôpital Général no tiene relación con ninguna idea médica. Es una instancia del orden, del orden monárquico y burgués que se organiza en Francia en esta misma época*" (Foucault, 1979, tomo I).

Considerando estos importantes cambios y realizando un análisis global, este primer gran cambio conceptual es un desarrollo paso necesario pero no suficiente, así como también, contradictorio y dual. En este sentido, el desarrollo de la concepción naturalista, la comprensión de las dificultades y de la deficiencia mental como enfermedades y no como algo religioso y demoníaco, da paso a su tratamiento. Y los perturbados y deficientes son tratados como pacientes, como seres enfermos y no como endemoniados. Pero, esta concepción tarda mucho en hacerse patente en la dinámica de la cotidianidad de los tratamientos. En el tratamiento institucional, la aplicación de las nuevas concepciones teóricas precisa de una madurez cultural e institucional; de este modo, en los tratamientos se mezclan las concepciones negativas, pasivas y pesimistas. Se intenta abandonar efectivamente la comprensión religiosa y demonológica, pero se da cuerpo a "la locura". El rechazo, el desprecio, la ignorancia y la segregación toman lugar en los manicomios, tomando especial importancia cuando se produce la masificación y los tratamientos terapéuticos son reemplazados por las de custodia y de administración y se consolidan nuevas formas de control y "las primitivas cadenas son sustituidas por correas", como escribe Pelechano. En consecuencia, siguiendo a este último autor, ha de hablarse de progresos y logros de la primera revolución en salud mental, pero también de fracaso como proyecto. A tenor de lo ocurrido, podemos concluir con la afirmación de que esta primera revolución no logró el desarrollo de sus objetivos.

³⁵ Foucault, M. (1979): *Historia de la locura en la época clásica* p. 39. Madrid: Fondo de Cultura Económica.

Michel Foucault, (2006) analiza de un modo magistral las relaciones sociales y la construcción de la locura y la anormalidad en su obra de *“Historia de la locura en la época clásica”³⁶*. Uno de sus aportes brillantes es su metáfora de la *Nave de los locos* y, probablemente, tiene su inicio en naves que en realidad transportaban locos y necios de una ciudad a otra. Dice:

(...) Por una parte, prácticamente posee una eficacia indiscutible; confiar el loco a los marineros es evitar, seguramente, que el insensato merodee *indefinidamente bajo los muros de la ciudad, asegurarse de que irá lejos y volverlo prisionero de su misma partida. Pero a todo esto, el agua agrega la masa oscura de sus propios valores; ella lo lleva, pero hace algo más, lo purifica; además, la navegación libra al hombre a la incertidumbre de su suerte; cada uno queda entregado a su propio destino, pues cada viaje es, potencialmente, el último. Hacia el otro mundo es adonde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca. La navegación del loco es, a la vez, distribución rigurosa y tránsito absoluto.*

El loco, el necio, representa dos cosas, cuál de ellas más temibles para el ser humano: la debilidad del pensamiento y la incertidumbre del destino y suerte de cada uno. ... *Por ello, el viaje a Narragonia, el país de los tontos, es un viaje sin vuelta, concentrando en un lugar, imaginario, la suerte de aquéllos que su incesante presencia y su merodear por entre los muros de la ciudad, no nos puede traer sino que desgracias y mala suerte. La Nave de los Locos encierra el misterio del origen del pensamiento y, por tanto, el temor al futuro. La Nave se dirige a la deriva, es decir, sin guía hacia un destino incierto³⁷*; es decir, La Nave simboliza aquello de lo que no somos capaces de afrontar, aquello que en el otro es atemorizante. Nos muestra Foucault que, La Nave de los Locos es la precursora de la creación de instituciones para el encierro de los anormales, donde todo queda en un espacio para la exclusión.

³⁶ Foucault, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. Cap.I. Fondo de cultura económica de España, S.L. 2006

³⁷ *Ibidem* p.12

Foucault nos adentra en el tema tan corrosivo como es el de que la subjetividad, no es sino una consecuencia de la moral social y esta no es sino, a su vez, la consecuencia del ejercicio del poder, que es el que crea modos de afectivizarse, modos de vivir y modos de ser. Así, nos dice que el loco, el anormal, no es sino aquél que le vivimos como insoportable; por ello, nos insiste, el loco y el anormal no son sino creaciones de lo social. Creo que es una visión ultramoderna que se debería de trabajar y estudiar mucho más, sobre todo, en los centros de intervención con salud mental y discapacidad.

Stultifera navis (traducción al latín de *La Nave de los Necios*) de Sebastián Brant (1457-1521) está escrita en 1494; esta obra de tono moralista, le da un significado negativo al loco, en tanto hombre pecaminoso. La obra establece que la necedad es criticada socialmente, dándosele un carácter de exclusión social a estos personajes. En comparación, la sabiduría es a lo cual el hombre debe optar³⁸:

La Nave de los Necios es una composición literaria inspirada en el viejo ciclo de los Argonautas. Esta es una tripulación de héroes imaginarios, de modelos éticos y tipos sociales que se embarcan en un viaje simbólico, que les proporciona o fortuna o, al menos, la forma de su destino y de su verdad. De todos los navíos novelescos, el de los locos es el único que ha tenido existencia real. Estos barcos existieron. Transportaban cargas de insensatos que vagabundeaban de ciudad en ciudad viviendo una existencia errante, lo cual otorga a esta figura una connotación social marginal.

³⁸ <http://eikon-contemporanea.blogspot.com.es/2011/11/la-nave-de-los-locos.html>



La nave de los locos
El Bosco 1490 – 1500



La Stultifera Navis de viaje al País de los Tontos.
El Grabado en madera de 1549.

Lo que constituye a un ser humano con limitaciones en un monstruo, no simplemente la excepción con relación a la forma de la naturaleza de la especie, es la gran conmoción que provoca en las regularidades jurídicas.

La locura es un canto de libertad, posibilidad de mostrar al hombre tal cual es, le da oportunidad de sacarse las máscaras, conocer su opinión, pero tal vez no es más que un recurso que él mismo inventó para ocupar lugar.

Según las investigaciones de Bercherie, P. (1986), va a ser el médico francés **Philippe Pinel** (1745-1826), quien desarrolla las ideas humanistas del momento e inició la transformación de los enfermos mentales, pasando a consideráreles como “*pacientes*” y les liberó de las cadenas en el Hospital de Bicêtre en 1793, elevándolos a la categoría de enfermos.



Pinel libera a los locos en Salpêtrière en 1795 de Tony Robert-Fleury



“Casa de locos” Goya 1812-19

En esta época, se construyen en España las primeras instituciones manicomiales de Europa, que más tarde van a acoger a muchos deficientes mentales. En este momento, se hace un esfuerzo importante para legislar sobre la pobreza, tema que afecta a pobres, pero también se incluyen en esta legislación a otras enfermedades físicas como son tullidos, ciegos, sordos y a algunos deficientes mentales. Como resultado, se cambian las concepciones anteriores y aceptadas desde Hipócrates y Aristóteles, cuando a un monje benedictino, Pedro Ponce de León, en un remoto lugar de Burgos, el Monasterio de San Salvador de Oña, se le ocurre enseñar a hablar a un mudo-sordo, con lo que se pone en práctica por primera vez en la historia la educación especial a través de un método revolucionario, la sordomudística.

El historiador de la psiquiatría **Schmitz**³⁹, plantea que los primeros en desencadenar a los pacientes e iniciar un tratamiento adecuado fueron los médicos de Valencia en 1409, donde predominaba una tradición más humanitaria en cuanto al trato de los pacientes. *Schmitz* refiere que, en 1409, un fraile mercedario, el **P. Jofré** inaugura el manicomio de Valencia, el Hospital de Santa María de los Santos Mártires Inocentes, y gozaba de prestigio por su excelente dirección y métodos clínicos, a cuyo impulso se debe la creación de los psiquiátricos españoles del siglo X. Este manicomio fue destruido por un incendio en 1545, y posteriormente, se construyó un nuevo hospital, donde incluso había un departamento especial para niños. Lo generalizado en Europa hasta la época de Pinel, era la represión y segregación de los enfermos mentales y no su tratamiento. Hay que reseñar que el tratamiento de la enfermedad mental y de aquellas personas que tienen un modo de vivir, a veces, complicado, no hace sino ahuecar el continuo social y, por tanto, las estructuras y relaciones sociales.

³⁹ Portuondo Sao, Miriam. Rev Cubana Salud Pública 2004; Evolución del concepto social de discapacidad intelectual http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm. p. 4

AÑO	SUCESO	OBSERVACIONES
1409	Hospital de los Santos Mártires Inocentes de Valencia	El <i>primero</i> de Europa, fundado por Jofré
1425	Hospital Real y Gral. de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza	Fundado por Alfonso V de Aragón; Pinel alaba
1436	<i>Hospital de los Inocentes</i> de Sevilla	Fundación atribuida a Sánchez de Contreras
1456	<i>Hospital Psiquiátrico</i> de Palma	Fundado a impulsos de Jofré
1481	<i>Hospital Psiquiátrico</i> , Barcelona	Fundado a impulsos de Jofré
1483	<i>Hospital de Inocentes</i> , Toledo	Fundado por el Nuncio Francisco Ortiz
1489	<i>Casa de Orates</i> de Valladolid	Fundado por Sancho Velázquez de Cuéllar
1565	<i>Hospital de San Hipólito</i> , México	El primer hospital psiquiátrico de América

Síntesis de las instituciones manicomaniales españolas, p.82.

En este momento, sólo los lunáticos carecen de asilo adecuado. Hay que destacar aquí la historia que se cuenta sobre el padre Juan Gilaberto Jofré y que da lugar a la creación del Hospital de Enfermos Mentales de Valencia. La historia dice así: “una mañana, el primer domingo de cuaresma, 24 de febrero de 1409, el padre Juan Gilaberto Jofré, de cincuenta y ocho años, va a predicar a la iglesia de Nuestra Señora de los Desamparados; en su camino se encuentra con una turba enfebrecida gritando "*el loco, el loco*", mientras ridiculiza, veja y golpea a su víctima indefensa, quien cae rendido y agotado al suelo. En esta situación interviene el padre Juan, dispersa al populacho y toma al pobre enfermo bajo su protección”. Esta escena es recogida por Joaquín Sorolla en un famoso cuadro que figura en la Diputación de Valencia.



Padre Jofré, defendiendo a un loco.
Pintura de Joaquín Sorolla. Óleo sobre lienzo

El Hospital de Valencia tendría gran fama al menos hasta el s. XVI, buena muestra de ello son los elogios que de él hace Lope de Vega (1996), en su obra "Los locos de Valencia" que no dejan lugar a dudas:

*"Oíd: que habéis de hacer os tan furioso
que todo el mundo por furioso os crea.
Tiene Valencia un hospital famoso,
adonde los frenéticos se curan
con gran limpieza y celo cuidadoso,
Si aquí vuestros peligros se aventuran,
y os encerráis en una cárcel destas,
creed que de la muerte os aseguran..."*

Siguiendo el trabajo de Aguado (1995), la creación de estas instituciones manicomiales españolas, es trascendente por varios motivos. Por una parte, por el momento histórico, ya que esto se produce a inicios del siglo XV (tengamos en cuenta que el psiquiátrico de Valencia se fecha en 1409) y todavía existen muchas resistencias para aceptar estos nuevos planteamientos. Hemos de tener presente que era general la comprensión demonológica y aún no se ha escrito el *Malleus Maleficarum* que es la máxima expresión de la posesión diabólica, que se publica mucho después, en 1487. Por otra parte, todavía no se han implantado las tesis humanistas ni la distancia de la concepción religiosa de la salud. Por tanto, puede hablarse de un adelanto temporal de dos siglos.

De este modo, estas instituciones ponen en valor innovaciones revolucionarias. Un golpe de efecto importante fue a que, en el psiquiátrico de Valencia, se eliminan el hábito de tener a los enfermos encadenados y esto sucede mucho antes de que le hiciese Pinel en Francia. Resulta muy innovador como hay una descripción comprensiva muy coherente sobre la enfermedad mental, haciendo referencia ya a la falta y, por tanto, a la necesidad de acciones relevantes para la integración social y lograr una vida independiente del enfermo.

Es preciso destacar el tratamiento moral y la terapia ocupacional rural que fue desarrollada en Valencia y Zaragoza. Hay que insistir en que fue innovador en relación al momento histórico y, más aún, por ser un tratamiento muy revolucionario. Los tratamientos se desarrollan en este momento de un modo muy planificado y tratando de argumentarlos teóricamente. Así, podemos decir que se trata de un adelanto en el tiempo de dos siglos en relación a la primera revolución en salud mental.

Es a desde este momento que se expanden los servicios psiquiátricos en los hospitales, realizando estudios detallados de pacientes. Médicos que fueron determinantes fueron el neurólogo **Sergui S. Korsakov** en Rusia y el fundador de la psiquiatría americana **Benjamín Rush** en EE.UU. Para ilustrar aún más la situación de los pacientes psiquiátricos, incluidos los de retraso mental, en esta época, transcribimos un fragmento de la descripción que hace sobre los métodos que imperaban entonces, uno de los psiquiatras más sobresalientes de la época, el alemán **Johan Christian Reil**⁴⁰ (1759-1813):

... Como si fuesen criminales, encarcelamos a estas miserables criaturas, en ocultas mazmorras semejantes a cuevas de lechuzas en áridas simas, más allá de las puertas de las ciudades, o en las húmedas celdas de las prisiones, donde nunca penetra una humanitaria mirada de piedad, y los dejamos encadenados entre sus propios excrementos. Los grilletes han hecho mella en la carne que rodea sus huesos y sus caras consumidas y pálidas, se dirigen ansiosamente hacia la sepultura, el manto que cubrirá su desgracia y el final de su miseria. El ruido de los pacientes excitados y el rechinar de las cadenas se oyen de día y de noche y elimina a los recién llegados la poca cordura que les quedaba.

También trató de difundir la difícil situación que vivían los dementes en las instituciones mentales, e intentó desarrollar un tratamiento de tipo "psíquico", inspirado en el tratamiento moral imperante en aquellos días, aunque se mostró crítico con Philippe Pinel. Reil no entendió la locura simplemente como una ruptura con la razón, sino como un reflejo de unas condiciones sociales amplias, y creyó que los avances de la civilización provocaban un empeoramiento de la

⁴⁰ Portuondo Sao, Miriam. *Rev Cubana Salud Pública* 2004; *Evolución del concepto social de discapacidad intelectual* http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm. p. 5

salud mental. La locura no sería el resultado de lesiones cerebrales o de trastornos hereditarios, sino de una perturbación en la armonía de las funciones mentales enraizadas en el sistema nervioso.

Este trato cruel a los enfermos mentales y disminuidos aún continuó más tiempo. A mediados del siglo XIX el psiquiatra inglés **John Conolly** (1794-1866)⁴¹ publica un libro titulado *The treatment of the insane without mechanical restrains*, en el que denuncia la situación de la deficiente y mala atención a los enfermos. Sin embargo, esta situación fue mejorando progresivamente, de modo que fue eliminándose la comprensión animista de la enfermedad.

2.5. Desarrollo científico

La agonía física, biológica, de un cuerpo por hambre o frío, dura poco, muy poco, pero la angustia de un alma insatisfecha dura toda la vida.

Federico García Lorca (1808-1935)

Es a finales del siglo XVII y durante el XIX, que se hace un esfuerzo en clasificar las enfermedades mentales. Es muy importante que se trate de ver las diferencias en las manifestaciones conductuales, por que ello lleva a considerar, al menos como modo de inicio, que las enfermedades mentales tienen que ver con lo singular de cada sujeto.

Algunos de los más destacados, como señala *Miriam Portuondo Sao (2003)* son: **Antoine Boyle** (1799-1858), quien descubrió que la *Parálisis General Progresiva* tiene una causa orgánica; **Wilhelm Griesinger** (1817-1868), estudió las células cerebrales; **Paul Broca** (1824-1880), precisa del área del lenguaje; **Wilhelm Waldeyer** (1836-1921) plantea el concepto de neurona; **Vladimir A. Betz** (1834-1894) descubre las células piramidales en el área motora de la corteza cerebral y puntualiza el papel de estas en la función motriz; **IP Mersheyevsky** (1838-1908) publica sus estudios sobre “*Microcefalia*”.

⁴¹ Portuondo Sao, Miriam. *Rev Cubana Salud Pública* 2004; *Evolución del concepto social de discapacidad intelectual* http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm. p. 2

Jean Etienne Esquirol⁴², médico francés (1772-1840), fue en 1818 quien plantea una definición y clasificación de esta patología, diferenciada de la demencia y la confusión mental. En 1805 se publica su tesis *Las pasiones consideradas como causas, síntomas y medios de curar casos de locura*. Tanto Esquirol, como Pinel, son de la convicción de que son las pasiones del alma las que causan la aparición de la enfermedad mental, considerando que la locura no tenía por qué afectar de modo total a la razón de los enfermos. Esquirol consideraba que el retraso mental, provenía de un déficit intelectual de origen orgánico e incurable. En su interés por humanizar este sufrimiento, quiso establecer los pasos para clasificar los diferentes grados y variedades del retraso mental. En este análisis, concluyó que era el tipo de uso del lenguaje que hiciese el sujeto el criterio más confiable para su clasificación. Consideramos muy meritorio este intento, ya que lo que entreveía es que es la comunicación la parte más importante del individuo y ello le llevó a priorizar su capacidad de lenguaje y de comunicación como un criterio diagnóstico.



La nosología de Esquirol (2006)⁴³ marca un neto progreso sobre la de Pinel:

- 1- Separa de la idiotez el idiotismo adquirido de Pinel, del que hace una demencia aguda. Describe los diversos grados de esa enfermedad evolutiva: *imbecilidad*, *idiotez propiamente dicha*, y el *cretinismo*. Diferencia además la idiotez de la locura: *aquella no es una enfermedad, es un estado en el cual las facultades intelectuales no se manifestaron nunca o no se pudieron desarrollar suficientemente*.
- 2- Divide a la demencia en una forma aguda curable y dos formas crónicas e incurables: la *demencia senil*, en la que el tratamiento puede, a lo sumo, estabilizar el proceso, y la *demencia crónica*, muy raramente curable. La demencia le parece un

⁴² Caire, M (1997). "[Esquirol en 1805]". *Histoire des sciences médicaes* (Francia) 31 (1): Universality.

⁴³ ALCMEON, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, nº 51, año XV vol.13, 2006,

debilitamiento general de las facultades cerebrales con supresión de la atención voluntaria.

3- Describe la *manía* como Pinel, pero excluye de la misma la forma "sin delirio" o razonante, de la cual hace una *monomanía*. Puede así definir la manía como una alteración y una exaltación del conjunto de las facultades (inteligencia, sensibilidad, voluntad, etc.), un delirio total que obstaculiza la acción de la atención voluntaria. La alteración intelectual es aquí primaria y no secundaria a la alteración afectiva como en la monomanía.

4- Finalmente, crea la gran clase de las *monomanías*, que reagrupa todas las afecciones mentales que no afectan más que parcialmente a la mente, dejando intactas las facultades, dejando de lado la lesión focal que constituye toda la enfermedad. Reagrupa entonces, la manía sin delirio de Pinel y la melancolía. Las *monomanías* le parecen esencialmente asimilables a una pasión patológica que actúa sobre la inteligencia fijando su atención.

También otros se interesaron por la oligofrenia como **Itard** (Francia), **Pestalozzi** (Suiza), **Frobel** (Alemania), **Seguin** y **Bourneville**. Todos ellos fundaron medios de asistencia y educación para estos niños. Hubo por todos ellos, especialmente por Esquirol, un esfuerzo importante por separar los enfermos mentales de los deficientes mentales, de diferenciar la *amencia* de la *demencia* e incluso de distinguir dos niveles de retraso mental: la "imbecilidad" y la "idiocia", con toda una serie de niveles intermedios.

En esta tarea, también colaboró el joven médico del Instituto de Sordomudos **Itard**. Los estudios de Itard fueron continuados por **Seguin**; ideó el llamado *Método Fisiológico*. Creó una serie de técnicas que constituían una ejercitación intensiva acerca de la discriminación sensorial y del desarrollo del control motor. Posteriormente, algunas de sus técnicas pasaron a formar parte de pruebas, como es el caso del conocido *Tablero de Seguin*. Estableció la siguiente clasificación según el grado de afección en el retraso: *idiotia* (gravemente afectado), *imbecilidad* (levemente retrasado), *debilidad mental* (retardo en el desarrollo) y *simple retraso* (desarrollo intelectual lento).

La American Association on Mental Retardation (AAMR)⁴⁴ se ocupa del tema de la definición, clasificación y terminología. Es en 1877 cuando realiza por primera vez una definición del deficiente mental, señalando tres niveles: idiocia, imbecilidad y debilidad mental. Se enuncia, en 1884, un cuarto nivel: la imbecilidad moral, siendo este un concepto amplio en el que tienen cabida desde problemas de comportamiento leves a agresividad grave. Como no es sino a finales de siglo cuando se hace extenso y se acepta el término general de debilidad mental, ese lugar lo ocupa la idiocia. Llegados a este punto, según Aguado Díaz (1961)⁴⁵ hay que hacer mención de dos teorías, la del *imbécil moral* y la *antropología criminal*, que tienen serias repercusiones en las prácticas sociales y en las actitudes populares hacia los deficientes. La noción de imbecil moral fue descrita por I. Ray en 1831, en *A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity*, y asentada según él en bases fisiológicas y conectada con la frenología de Gall.

Posteriormente, el criminólogo italiano Cesare Ezechio Marco Lombroso (1835-1909)⁴⁶ impulsa esta teoría fisiológica de la imbecilidad moral. Entusiasta y polemista, ingenuo y paradójico, autor de cerca de seiscientas publicaciones, Lombroso vincula su nombre al nacimiento de la antropología criminal, estudia los componentes anatómicos de la criminalidad y en 1896 publica un modelo epileptoide de criminalidad, modelo abusivamente citado, en el que distingue cinco niveles de criminalidad: epiléptico criminal, imbecil moral criminal, criminal nato, criminoideo criminal ocasional y criminal pasional. Al respecto, *a diferencia de otras muchas teorías erróneas sobre el retraso mental, relativamente efímeras, la noción de "imbécil moral" resultaría ser altamente nociva para los intereses de las personas retrasadas mentales en el siglo XX, tanto en Europa como en Estados Unidos*. Del mismo modo, la concepción de Lombroso de la "*degeneratividad*", sería protagonista en aquello que tiene que ver con el origen de las discapacidades evolutivas, llevando ello a una confusión entre causas congénitas y hereditarias, hasta el punto de que *se asumía virtualmente que toda anormalidad presente en el nacimiento había sido adquirida a través de la transmisión de los padres*.

⁴⁴ http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/AAMR_2002.pdf

⁴⁵ Aguado Díaz, A.L.,(1961) *Historia de las deficiencias*. P. 118. Fundación Libre Editorial. Fundación ONCE

⁴⁶ Compilación de material sobre las teorías de Lombroso. <http://www.manuelseixas.com>

Esta comprensión tiene diversos efectos. De una parte, se realizan estudios de interés sobre familias, pero faltos de rigurosidad. De otra parte, promueve acciones sociales negativas, como son la esterilización de los deficientes y que se extendió hasta mediados de siglo. Podemos considerar como una consecuencia de ello la terrible política de exterminación de miles de deficientes en la época nazi.

Fue *Claparède*, hacia 1898, en Ginebra quien introduce las primeras clases especiales en la enseñanza pública para niños retrasados.

Quiñones, E., Tortosa, F., y Carpintero, H. (1993) nos exponen que, por otra parte, hacia finales del siglo XIX, surge la psicología como ciencia experimental con el alemán *Wilhelm Wundt* (1832-1920). Aparece también en esa época la teoría de la evolución de las especies de la mano del naturalista inglés *Charles Darwin* (1809-1882) que vino a complementar y profundizar sobre el conocimiento del ser humano.

Una verdadera dificultad en la historia de la discapacidad intelectual va a ser la falta de integración que se da entre el desarrollo conceptual médico y educacional del *defecto*, lo que ha supuesto un gran retraso en el proceso de desarrollo. Tratándose de un *defecto* que provoca una dificultad multifactorial, no se ha enfocado como tal. Por eso, a continuación se refiere su evolución en el campo de la enseñanza.

El primer intento en este sentido data de finales del siglo XVIII⁴⁷. En 1798 un grupo de cazadores encontró en las proximidades de *Aveyron* (Francia), a un niño adolescente en estado salvaje, el cual fue enviado a *Jean Itard* (1775-1838) médico jefe de la institución para sordomudos de París. Durante 5 años, Itard trabajó pacientemente con el niño y pudo demostrar un mejoramiento en su conducta social. Esta experiencia constituye el eslabón inicial en el intento de educar a un deficiente mental.

Posteriormente, en el siglo XIX, esto proliferó; ya en la década de 1840 se crearon varias escuelas para niños con retraso mental: Suiza, Alemania e Inglaterra fueron precursores de esta actividad.

⁴⁷ Alexander F, Selesnick T.(1970). Historia de la psiquiatría. Barcelona: Editorial Expans.

Guggenbuhl, fue quien introdujo la idea del tratamiento institucional del retraso mental. Su meteórico ascenso hacia la fama impulsó el establecimiento de estas instituciones en Europa y, posteriormente, en EE.UU. Sus puntos de vista errados no pudieron restarle importancia a su labor. Prometió la curación total de los que padecían retraso mental; pero rápidamente se evidenció su fracaso. También *Seguín* (1812-1880), pensaba que el retraso mental podía curarse ya que lo concebía en los niños sencillamente como “*infancia prolongada*”. Independientemente de su punto de vista erróneo, fue el primero en publicar un libro sobre el tema en -1846, *Idiocy and its treatment*. Su método consistía esencialmente en tratar de desarrollar las facultades perceptivas antes que las conceptuales.

Más tarde, el médico norteamericano *Samuel Ridley Howe* (1801-1876), tuvo una gran influencia para en la metodología de atenciones especializadas. Así, fue en 1876 cuando se creó en la Universidad de Pensilvania la primera clínica psicológica cuyo objetivo es atender a los deficientes a través de métodos educativos. Años más tarde, *Walter Fernald*, creó en los EE.UU., la primera asociación para el estudio de los métodos de tratamiento para el retraso mental.

Sin embargo, las promesas iniciales de *Guggenbuhl* y *Seguín* a cerca de la recuperación de estos enfermos, provocaron también gran decepción a muchos teóricos del momento. Esto provocó que, las ilusiones puestas en la rehabilitación cambiaran y las instituciones siguieran teniendo la funcionalidad de aislarlos de la vida comunitaria en tanta o más intensidad que la de la rehabilitación.

Sin embargo, es a finales del siglo XIX y principios del XX, cuando se establecen las pautas que dan lugar al inicio de la era moderna de la ciencia. Los esfuerzos teóricos realizados, la abundancia de datos y estudios desarrollados, generó la necesidad de configurar una clasificación y generalización de las numerosas formas de descripción de las enfermedades mentales.

Fue a final del siglo XIX y comienzos del XX cuando a partir de las investigaciones realizadas y la preocupación creciente de tema de la enfermedad mental, urgía la necesidad de realizar una clasificación de los nuevos modos de describir las enfermedades mentales. *Emil Kraepelin* (1856-1926)⁴⁸, psiquiatra alemán, realizó un trabajo fundamental sobre el Retraso Mental y fue el que lo denominó con el concepto de Oligofrenia en 1915. Bajo este concepto, agrupó anomalías de diferentes causas y cuadros clínicos, cuya característica común es el insuficiente desarrollo de la mente en general, asociado a un déficit de su capacidad intelectual en diferentes niveles de afectación.

En este tiempo, la cultura del momento ponía su énfasis sobre la comprensión de que los hombres afectados de enfermedad mental o deficiencia eran “hombres rapaces y brutales”, siendo urgente proteger a las mujeres de ellos, así como apartarlos de la comunidad. Sin embargo, a comienzos del siglo XX, sobre todo en los EE.UU., se dio una importante modificación en la percepción y aceptación de la comunidad sobre los “diferentes”. Se decía por entonces que la sociedad debía ser protegida contra los retrasados mentales, acerca de los que existían histéricas acusaciones de criminalidad e inmoralidad⁴⁹.

Como vemos, cada época ha tenido una comprensión de la enfermedad mental. Ahora bien, lo que es común es que la concepción de la dificultad mental no concierne solo a una concepción médica, sino que fundamentalmente es una cuestión social, ya que es cada sociedad, cada estilo de convivencia comunitaria, la que determina cómo pensar, cómo recibir, cómo atender, cómo comunicarse, con “sus diferentes”. De este modo, es por ello que la comprensión de la diferencia sea tan variable así como sus atenciones.

⁴⁸ Morales Meseguer, J.M. *Psiquiatría y neurología*, Laín P, Historia Univ. de la Medicina, Barcelona, Salvat, vol. 6, 1974. pp.217-228, 1974.

⁴⁹ Núñez García-Sauco A. (1985). Retraso Mental. Ediciones Morata; p.13-14. (Serie Bruner)

2.6. La segunda revolución

Comienza a finales del siglo XIX la segunda revolución en salud mental, implementándose en un desarrollo más amplio, como es la aparición de las ciencias sociales y el surgimiento de una psiquiatría que se distancia del modelo organicista para dar paso a un modelo más intrapsíquico, motivado por el desarrollo de la teoría psicoanalítica.

Así mismo, en este tiempo se da también el nacimiento de la psicología clínica, la psicopatología infantil, el estudio experimental de la conducta y de la evaluación psicológica.

Por lo que atañe a la primera de tales aportaciones, el psicoanálisis, para Hobbs (1964)⁵⁰, Sigmund Freud (1856-1939) es el único responsable de tal revolución al elaborar una psicopatología específicamente psicológica e incidir en la búsqueda de un modo de conocimiento clínico que se plasma en un tratamiento psicológico, la psicoterapia o terapia psicodinámica. Por nuestra parte, como ya se ha anticipado, esta segunda revolución ofrece otras contribuciones y es fruto de algunos otros protagonistas. Ahora bien, muchas y formuladas desde las más diversas perspectivas son las críticas que recibe el psicoanálisis y que exceden los objetivos de estas páginas.

En cuanto a otra de las aportaciones de esta segunda revolución, la llamada psicología novísima, el conductismo, hay que destacar la formulación experimental de Skinner, de cuyos planteamientos se deriva toda una serie de aplicaciones clínicas y educativas, como las de Bijou (1963, 1966)⁵¹ y Staats (1968)⁵² al campo educativo y del retraso mental. También tiene que transcurrir cierto tiempo para que Meyerson y otros pioneros introduzcan técnicas de modificación de conducta en la rehabilitación de discapacitados físicos.

⁵⁰ Aguado Díaz, A.L., *Historia de las deficiencias*. P. 141. Fundación Libre Editorial. Fundación ONCE

⁵¹ Bijou, S.W. (1963): "Theory and Research in Mental (Developmental) Retardation". *Psychological Record*, 13, 95-110.

Bijou, S.W. (1966): "A Functional Analysis of Retarded Development". En N.R. Ellis (Ed): *International Review of Research in Mental Retardation*, (Vol. I, ps.1-19). Nueva York: Academic Press

⁵² Staats, A.W. (1968): *lenguaje y cognición*. México: Trillas.

Respecto de la concepción de la deficiencia mental, en este siglo XX, se da un desarrollo conceptual desde dos vertientes teóricas: biologicista-social. La primera toma su interés en el estudio de la etiología y en el tema de la clasificación, mientras que la social acentúa los cambios y la influencia social capaz de suponer la modificabilidad. Al mismo tiempo, al hilo de la revolución industrial y de la escolarización obligatoria, la influencia de lo social y cultural toma un papel muy relevante y decisivo en la concepción de la deficiencia mental.

Con el cambio de siglo y la relevancia de los desarrollos teóricos, se establecen tres conceptos indisolubles que van a resultar decisivos, tanto para la clasificación como para la teorización y que son:

- 1) Una detección precoz de las dificultades y poderlas atender.
- 2) Desarrollo intelectual disminuido.
- 3) Dificultad para integrarse a la vida social.

Para la clasificación del desarrollo intelectual, se ve desarrollada por la aplicación de los test estandarizados de inteligencia. Al mismo tiempo, en 1901 el Comité para la Investigación Psicológica de la por entonces denominada Asociación de Estados Unidos para el Estudio de los Débiles Mentales⁵³, elabora un formato de examen psicológico que incluye medidas antropométricas, de sensación, percepción, memoria, emociones, instintos, asociación de ideas, atención, juicio, razonamiento, imaginación, talentos especiales, lectura, escritura, aritmética y aptitudes mecánicas.

Los test de inteligencia van a provocar ciertas diferencias entre los profesionales, con especial énfasis en lo concerniente a la dificultad de los límites debilidad-normalidad. Kuhlmann, desarrolla la importancia de la dinámica cultural y social y, por tanto, destaca la relatividad de todo diagnóstico. Terman, por su parte, tiene gran confianza en los tests, aunque no se muestra muy partidario de su utilidad en los deficientes mentales graves.

A finales del siglo XIX⁵⁴, partir de 1870, los disminuidos mentales son recluidos en instituciones de asilo y custodia. Por una parte, se intentaba protegerles de malas prácticas

⁵³ Aguado Díaz, A.L., *Historia de las deficiencias*. P. 149. Fundación Libre Editorial. Fundación ONCE

⁵⁴ Edgerton, R. *Retraso Mental*, p.14. Serie Bruner, Ed. Morata

y, por otra, de preservar a la comunidad de la participación y presencia de los deficientes, entendiéndolo que la falta de control podría ocasionar degradación y degeneración, tanto social como moral. De esto se dio cuenta en las actas de las **Conferencias Nacionales de EE.UU.** sobre obras de caridad y corrección, y en los informes de la **Real Comisión Británica** de principios de siglo XX, hasta la primera guerra mundial, tratando de dignificar la dificultad y la enfermedad mental.

Durante la segunda mitad del siglo XX, se reconceptualizan las causísticas y metodología de la deficiencia mental para avanzar en pro de una filosofía normalizadora e integradora. Para ello, fue de especial influencia la iniciativa de *John F Kennedy*⁵⁵, a través del comité presidencial para el retraso mental, y también en Europa, a partir de la influencia de los renovadores modelos escandinavos.

Es entonces que el término de “deficiente mental” aparece como algo ligado a la dignidad humana. El desarrollo de acciones de desarrollo social comunitario, el desarrollo de la atención social, etc, y la progresión en la descripción de los derechos humanos, vienen a consolidar la nueva concepción de la deficiencia.

A resultas de ello, se realiza la siguiente enunciación definitiva⁵⁶:

(...) el deficiente mental tiene derecho, como el resto de los miembros de la comunidad a la que pertenece, a vivir dignamente, en igualdad de condiciones, de derechos y deberes; a no ser discriminado por su deficiencia, a ser tratado con respeto y con justicia; a ser feliz, a participar en las tareas útiles de la sociedad y a proyectar el destino de su vida, según sus propias capacidades.

Pero como dice *Miriam Portuondo Sao* (2004), el problema no lo es tanto por la cuestión de la teorética en la praxis. Desarrolla la comprensión de que la vida del discapacitado mental debe desarrollarse en una línea más convivencial y menos restrictiva, de modo que sea una vida más rica y de mayor calidad comunicacional. Continúa desarrollando que deben de ser reducidos todos aquellos servicios que sean de naturaleza segregadora.

⁵⁵Miriam Portuondo Sao Rev Cubana Salud Pública 2004. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm, p, 4

⁵⁶Edgerton, R. *Retraso Mental*, p, 15. Serie Bruner, Ed. Morata

En la historia del tratamiento institucional de las personas mentalmente retrasadas, observamos que, hasta mediados del siglo XIX, principalmente en EE.UU. y Gran Bretaña, los retrasados solían quedar al cuidado de sus familiares o en instituciones cerradas. Considerando que el trato que recibían era brutal, se crearon instituciones para hacerse cargo de ellos con el objetivo de educarlos y rehabilitarlos para la sociedad. No obstante, el resultado no fue positivo y se reenfocaron a hacerse cargo de ellos y protegerles durante sus vidas.

Ahora bien, a principios del XX, y como consecuencia del desarrollo científico se renovó la importancia por los métodos educativos y la rehabilitación y, también, se enfatizó el trabajo preventivo.

También han tratado el tema de la dificultad y la enfermedad mental, Charles Richet (1850-1935), premio Nobel de Medicina, en sus obras “El hombre estúpido” y el Dr. L. Loewenfeld (1909) con su obra “Acerca de la tontería”. En estas obras van a ofrecer un análisis sobre el concepto de locura o necedad como búsqueda de salud, partiendo de las conocidas “piedras de la locura”, desarrollando el concepto de charlatán y de sanador o curandero, revisando lo que pueda haber de falsedad, validez o estupidez en ellos.

A principios del siglo XX, adquirió mucho interés las diferencias en las capacidades de aprendizaje entre los niños retrasados y los no retrasados. Fue *Alfred Binet* (1903) en Francia, quien creara un método para medir la inteligencia en niños que presentaban enfermedades físicas, intelectuales o de conducta; así en 1905 creó la Escala de Binet-Simón, y que tuvo varias revisiones ulteriores. Consistía en una serie de pruebas o test que se le presentaban al sujeto en orden creciente de dificultades y que contenían gran cantidad de problemas en los que intervenían el juicio, la comprensión y el razonamiento, que eran para Binet componentes esenciales de la inteligencia. La calificación otorgada se daba en términos de edad mental, ya que para cada edad se habían incluido problemas que niños normales de esa edad pudieran resolver.

2.7. La tercera revolución

Las personas cambian cuando se dan cuenta del potencial que tienen para cambiar las cosas.

Paulo Coelho

Como consecuencia de que los modelos anteriores –demonológico, intrapsíquico, organicista– no ofrecían alternativas coherentes y válidas para dar respuesta a las necesidades planteadas, a inicios de la década de los setenta, se inicia la tercera revolución en salud mental.

La aportación más importante y novedosa de esta tercera revolución, está el énfasis en la importancia de la influencia psicosocial y socioambiental, así como la necesidad de intervención comunitaria.

Todo ello viene por la gran influencia de los Estados Unidos de Norteamérica, donde el desarrollo sociopolítico y los avances teóricos en el terreno de la salud mental, no hacen posible los planteamientos tradicionales y, por tanto, propician una clara determinación hacia la intervención comunitaria como eje de cualquier acción de trabajo o atención rehabilitadora.

La ilusión puesta en ello de la administración Kennedy, conlleva un aumento muy considerable de ayudas y subvenciones para la atención de necesidades y dificultades de inserción e integración sociocomunitaria. Para ello, fue necesario que hubiese, a su vez, un cambio en las medidas legales para dar cobertura y protección, tanto a las ayudas como a los beneficiarios. Es de destacar en este momento la puesta en marcha de los programas de Educación Compensatoria dirigido a la reinserción social de marginados y deficientes mentales, así como el inicio de los programas de Atención Temprana, tanto desde el punto de vista de la rehabilitación como de la prevención.

Todo este movimiento conlleva a una ampliación de objetivos a conseguir, así como también, de colectivos y dificultades a atender, tomando gran prevalencia los aportes de distintas corrientes de la psicología, como son el psicoanálisis, la psicología ecológica, la modificación de conducta y los enfoques de vida independiente y comunitarios, sin olvidar el auge de los movimientos de los derechos civiles.

2.8. La discapacidad como sujeto en desarrollo y como sujeto de derechos

PEREGRINO, COMPAÑERO...

Peregrino de anhelos,
compañero.
Por el mismo camino
van nuestras huellas.
Idéntica luz nos guía
aunque a veces en ella
no resplandezca
tu oscura tiniebla.
Peregrino de siglos,
caminante.
El caminar
ha sido más difícil
para ti, hasta ahora,
en que hemos descubierto,
entre todos,
que es más fácil avanzar
estando unidos.
Peregrino de esfuerzos,
compañero.
Algún día seré yo,
no tú,
quien tienda la mano
para buscar tu ayuda.

Ricardo Hernández Gómez

El siglo XX va a marcar un giro importante en lo concerniente al reconocimiento del niño como sujeto, y alrededor de este interés por el niño, el crecimiento de las investigaciones sobre lo infantil en diversos campos de la ciencia: neurología, psiquiatría, pedagogía, psicología, etc. En esta misma línea, también se va a reconocer a la persona retrasada *como sujeto en desarrollo y como sujeto de derechos*. Este es un salto cualitativo de enorme importancia, ya que por una parte, se le considera como un sujeto capaz de desarrollo, es decir, capaz de ser una parte del engranaje social y, por otra, es un sujeto con dificultades pero con derechos.

Una importancia especial fue la aparición del psicoanálisis y las teorías del inconsciente propuestas por Freud. Sus propuestas iniciales fueron recibidas con grandes críticas en aquella sociedad aburguesada y de doble moral. Hizo dos aportes fundamentales que determinaron todas las áreas del desarrollo científico y cultural. Por una parte, realizó el planteamiento de que la conciencia no es el eje central de la persona, sino que estamos sujetos a un mundo experiencial y vivencial que determina la forma en la que nos podemos vivir. Freud viene a evidenciar que la conducta humana no es un acto meramente volitivo, sino que responde a un mundo vivencial y de comunicación, necesaria e indispensable, con el otro. Respecto al tema de la enfermedad mental y las debilidades mentales, aportó un sentido de humanización a la deficiencia al dar valor de verdad a la búsqueda en lo interior del sujeto para poder ayudar a su sentido del reconocimiento subjetivo y social. Al hacer ver que la conducta es un producto de lo inconsciente y que el sujeto es más que la conducta que manifiesta, se hace explícita la necesidad ética de no quedarse en lo superficial sino ir a lo relacional y vivencial. Por otra parte, evidenció que la constitución subjetiva es a su vez social, no pudiendo desvincularse la una de la otra; toda sociedad, nos dice Freud, produce sus individuos y el modo en cómo estos se han de desarrollar y de comunicar. Estos postulados, plenamente vigentes en la actualidad, permitieron avanzar en considerar al sujeto como sujeto de deberes y de derechos sociales

2.9. Los nombres de la diferencia / la diferencia de los nombres

"Las inteligencias grandes discuten las ideas, las inteligencias medias los sucesos; y las pequeñas, las personas".

Anónimo

La revisión de la evolución de los nombres, nos ilustra cómo el sujeto ha vivido sus diferencias en la sociedad⁵⁷. Para ello nos basamos fundamentalmente en el diccionario usual de la Real Academia Española.

- **Anencefalia 450 A.C.:** malformaciones craneales asociadas a un severo retraso mental
- **Amentes**, año 1000; ausencia de mente, demente, gran retraso mental
- **Cretinismo.** Enfermedad caracterizada por un peculiar retraso de la inteligencia, acompañado, por lo común, de defectos del desarrollo orgánico. Estupidez, idiotez, falta de talento.
- **Sandez**, año 1500; despropósito, simpleza, necedad
- **Necio**, año 1500, simple, ignorante que no sabe lo que debía saber.
- **Morosis**, año 1667.
- **Insania**, año 1689; locura, privación del juicio.
- **Debilidad** de espíritu, falta de personalidad, de decisión.
- **Inválido.** Es la denominación más extendida de todas. En latín, el verbo "valeo" poseía un claro sentido de "tener salud", de donde su uso como saludo, que más adelante se pierde, quedando en español, para la palabra valor y sus similares, un significado de utilidad y de posesión. A estas acepciones se refiere la palabra inválido, el que no vale, impregnada de un claro matiz negativo por la presencia del prefijo "in".
- **Incapacitado mental.** Originada esta denominación en el verbo "capiro", coger, poseer, encierra idéntico matiz de negación total que la palabra inválido, negación o ausencia que en muy pocos casos llegará a darse. En rigor significa "el que no puede asir o tomar". Indica imposibilidad de usar la propia capacidad.

⁵⁷ Hernández Gómez, Ricardo., Antropología de la discapacidad y la dependencia: un enfoque humanístico de la discapacidad. <http://www.peritajemedicoforense.com/RHERNADEZ.htm>

- **Deforme mental.** También es palabra de estirpe latina, que significa literalmente “irregular en la forma”.
- **Tarado mental.** A pesar de su similitud con la voz italiana “tara”, estigma o desmerecimiento, la etiología de esta palabra parece ser árabe, inspirada en “tarah”, que significa sustracción o descuento. Puede decirse por tanto de aquel que ha sufrido una rebaja o merma.
- **Enfermos mentales,** año 1800; confusión mental, distorsión mental.
- **Deficiente mental,** año 1800, falto o incompleto, que tiene algún defecto o no alcanza el nivel considerado normal.
- **Subnormal,** que tiene una capacidad intelectual notablemente inferior a la normal.
- **Estupidez,** año 1600; torpeza notable en comprender las cosas.
- **Tonto,** falto o escaso de entendimiento o razón
- **Idiota.** Su origen, la palabra idiota no tuvo el significado de menosprecio que tiene ahora. En la Grecia Clásica, "idiota" era el hombre que vivía retirado, en oposición a quien llevaba una vida pública o se dedicaba a la política. Como a menudo quien vive apartado de las y los demás, se vuelve huraño, raro o ignorante, cuando la palabra idiota pasó del griego al latín, ya tomó el matiz peyorativo actual. Durante la edad media, idiota servía para designar al monje que no sabía latín. Al que hablaba latín o latino lo llamaban ladino o ladina.
- **Imbécil.-** Imbécil, por su origen, no es ningún insulto. El imbécil era la persona que no tenía apoyo o influencia; la persona débil frente a la fuerte o poderosa que contaba con buenos apoyos o influencias. báculo era el bastón o signo de poder, de apoyo. El obispo tiene el báculo; el alcalde lleva la vara de mando. Pues bien, en latín, al que no tenía báculo lo llamaban "imbecilis", o sea, sin bastón, que significa sin apoyo, sin valedor que lo defendiera. Después imbécil, significaría débil de mente.
- **Inútiles.** Que no sirve para nada. Se aplica a la persona que no puede trabajar o moverse por impedimento físico o a la persona que hace mal una cosa que es fácil.
- **Débiles mentales,** año 1700.
- **Lunático,** retrasado sin posibilidad de remitir.
- **Diferentes,** año 1700.

- **Locos o locas**, *año 1700*; que ha perdido la razón. De poco juicio, disparatado e imprudente. Dicho de cualquier aparato o dispositivo: Que funciona descontroladamente.
- **Oligofrenia**, *año 1911*.
- **Cretinismo**, Enfermedad caracterizada por un peculiar retraso de la inteligencia, acompañado, por lo común, de defectos del desarrollo orgánico. Estupidez, idiotez, falta de talento.
- **Lisiado**. Sufre una imperfección orgánica. Etimológicamente tiene este término el mismo origen que la voz “lesionado”, es decir, el verbo “laedo”, dañar, que da “laesio”, daño, lesión.
- **Disminuidos**. . Persona que tiene incompletas sus facultades físicas o psíquicas.
- **Engendros**. Criatura deforme o de gran fealdad. Obra mal concebida o mal hecha.
- **Lerdos**. Se aplica a la persona que es lenta y torpe para hacer o comprender una cosa.
- **Inocentes**. Se aplica a la persona que es simple, fácil de engañar y está falta de malicia.
- **Tullido**. Indica esta palabra, según el Diccionario, al “individuo que ha perdido el uso y movimiento de su cuerpo o de uno o más miembros de él”. Deriva del verbo latino “tollere” en su acepción de acabar, destruir.
- **Simples**. Se aplica a la persona que no es inteligente ni rápida cuando razona y resulta fácil de engañar.
- **Mutilado**. Proviene de mutilar, es decir, “cortar o cercenar una parte del cuerpo”. Sería este un término correcto para expresar con él a los amputados, por ejemplo, pero no a la mayor parte de los discapacitados.
- **Mongui**. Para designar lo más despectivo de las características del Síndrome de Down.
- **Fronterizo**. Que no pertenece a ninguna categoría de personalidad.
- **Bobos**. Se aplica a la persona que es tonta, poco inteligente y posee escaso entendimiento. En la comedia clásica, personaje que hace reír por su poca inteligencia e ingenuidad.
- **Babieca**. Persona simple.
- **Morón**. Que padece idiocia.

- **Enano hidrocefalo.**
- **Malpocado.** Que tiene poca suerte, desgraciado, poca iniciativa.
- **Desgraciado sin luz de razón.**
- **Imbécil moral.**
- **Hijo del pecado.**
- **Memo.** Que es poco inteligente y que tiene poco juicio.
- **Mentecato.** Persona tonta, poco **inteligente** o privada de razón, **con poco juicio.**
- **Minusválidos.**
- **Discapacitados.**
- **Diversidad funcional.**

2.10. Cuadros resumen de la evolución de la consideración y comprensión de la discapacidad⁵⁸

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
Magia	Laín Entralgo (1988)	Empirismo
Pecado	Laín Entralgo (1961)	Enfermedad
Animismo	Scheerenberger (1984)	Afecto y cuidado
Brujería, religión, animismo	Pérez Alvarez (1988)	Magia
Ligado a lo religioso		Carpintero et al. (1979)
Psiquiatría	Zilboorg et al. (1968)	Medicina
Ciencias sociales Pérez Alvarez (1988)		Medicina y ciencia
- <i>Animismo</i> ; apelación a poderes extraños, espíritus, dioses o fuerzas animadas		- <i>Empirismo</i> : recurso a un remedio que ha demostrado eficacia en casos similares
- Práctica del <i>infanticidio</i>		- Shanidar I
- <i>Eliminación y/o abandono</i> de discapacitados		- <i>Tratamiento de dificultades funcionales, reducción de fracturas, cirugía de huesos</i>
- Probable remisión al brujo		- Práctica de la <i>trepanación</i>

Cuadro 1. — Síntesis del *enfrentamiento ante la deficiencia* en la prehistoria.

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA	vs.	ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA
------------------------	-----	------------------------

⁵⁸ Aguado Díaz, A.L., *Historia de las deficiencias*. Fundación Libre Editorial. Fundación ONCE p. 36

CHINA

- *Relatividad cultural de prácticas sociales:*
 - vendaje de pies de mujeres y manos cruzadas
 - y crecimiento de uñas de los ricos
- Cinesiterapia y masajes
- Confucio: responsabilidad moral, amabilidad, ayuda a los **débiles**

INDIA

- Niños deformes, arrojados al Ganges
- **Código de Manú**, infanticidio de ciegos
- **Ayurveda**: ejercicios, masajes, baños
- Buda: compasión y generosidad

ASIRÍA, BABILONIA Y PERSIA

- La enfermedad, *castigo de los dioses por un pecado de quien la padece*
- *Shertu*, palabra asiría: *pecado, cólera de los dioses, castigo y enfermedad*
- *Demonología* en la religión persa
- **Código de Hammurabi**: adopción de niños; no indicios de exclusión de los impedidos de sus estipulaciones
- Zaratustra: consideración hacia los semejantes

EGIPTO

- Sensibilidad en el trato a los niños
- Referencias a deficiencia en papiros
- Tipo de bastón, primera manifestación de ortesis; la mano artificial más antigua

PALESTINA

- Venta de niños como esclavos
- *Ideología demonológica*
- Biblia: discapacidad, castigo divino
- posesión por un espíritu malo
- **Biblia**: correcta descripción de algunas enfermedades mentales
- Biblia: sensibilidad hacia pobres y disminuidos, ayuda al ciego y al sordo

Cuadro 2.— Síntesis del *enfrentamiento ante la deficiencia* en la **Antigüedad**

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA vs.

ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA

ANTIGÜEDAD CLASICA

- *Infanticidio*, malos tratos, *venta* de niños como esclavos, *mutilación para mendigar*
- *Escaso interés hacia la discapacidad física*

GRECIA

- *Infanticidio* no sólo de deformes, sino de neonatos con apariencia inusual; bien visto por Platón y Aristóteles
- Esparta, eugenesia e infanticidio: exposición del recién nacido ante consejo que si apreciara lo despeña por el monte Taigeto
- Atenas, infanticidio de débiles y deformes: se les deja a la puerta de un templo por si alguien los adopta

ROMA

- Ley de Rómulo: abandono de hijo inválido si vecinos lo aprueban; incumplimiento, confiscación de la mitad de los bienes
- República: *infanticidio* de deformes
- Imperio: *infanticidio* y *mutilaciones* de niños y jóvenes para *mendigar*
- S.II d.C: compra de discapacitados para *diversión*
- Roca Tarpeia y columna Lactaria
- Séneca, *aversión natural* hacia los deficientes
- Claudio, ridiculizado por su apariencia física y dificultades de habla
- Celso: defiende *hipótesis del miedo*: castigo con privación de alimentos, cadenas, grilletes

- Los trastornos mentales y la deficiencia mental son considerados *fenómenos naturales*

- Primada del *enfoque naturalista* de la enfermedad mental
- Hipócrates: atribuye enfermedad y deficiencia mentales a causas naturales: ya se habla de *enfermedad*
- **Fracturas y articulaciones:** *banco de extensión para tracciones vertebrales*
- Templos de Esculapio, *casas de salud*, con baños, paseos, procesiones
- Cicerón, responsabilidad del enfermo mental cinco
- *Vena filantrópica* de gobernantes: Augusto, Vespasiano, Trajano
- Asclepiades de Prusa: tratamiento humano a enfermos y deficientes
- Celso, **De medicina:** *imbecillis*: astenia general; *scamnun*, *banco de extensión* hipocrático
- Galeno: rastreo vías nerviosas y lesiones cereb.; Ejercicios con la pelotita, *mecanoterapia*
- Sorano de Efeso: *hospital* de enfermos mentales y probablemente retrasados
- Influencias del *cristianismo primitivo*
- *Concilios*: hospedajes y *asilos*
- San Basilio, *ciudad-hospital* de Cesárea

Cuadro 3. — Síntesis del *enfrentamiento ante la deficiencia* en la antigüedad clásica.

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA**vs. ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA**

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> —Concepciones dominantes: <i>pesimismo</i> y <i>negativismo</i>; las deficiencias, consideradas permanentes, constantes e inmutables <i>educación</i> —Segregación indiscriminada e internamiento <i>encierro</i> <ul style="list-style-type: none"> — Prácticas sociales: rechazo, ignorancia | <ul style="list-style-type: none"> — Primeras brechas efectivas a la concepción estática; avances en comprensión de la deficiencia — Derivaciones de la <i>sordomudística</i> hacia <i>especial; terapia ocupacional</i> masificado, <i>el gran Tratamiento moral</i> — Avances en conocimiento médico |
|---|---|

Cuadro 4. — Síntesis del *enfrentamiento ante la deficiencia* durante los siglos XVII y XVIII.

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA

vs.

ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> —Peores condiciones en zonas industriales —Identificación deficiente/lunático —Teoría de <i>imbécil moral antropología criminal:</i> actitudes populares negativas hacia deficientes —Prácticas sociales crueles: abandono, esclavitud, subastas, ventas, mutilaciones para mendicidad, «<i>traspaso</i>», «<i>emplazamiento externo</i>», — Evolución de servicios residenciales: <i>kinamiento</i> y trato brutal e inhumano | <ul style="list-style-type: none"> — Progresos en <i>medicina</i>; reventen en deficiencias — Avances en comprensión de deficiencia mental: <i>diferenciación</i> deficiencia y enfermedad mental — Reconocimiento de <i>tos problemas</i> de los físicos — Preocupación por asistencia física y pedagógica; — Mejora de la calidad de <i>servicios residenciales</i>; — Progresiva responsabilizado!) de los gobiernos — Creación y desarrollo de la educación especial — Proliferación de <i>asociaciones profesionales</i> |
|--|--|

Cuadro 5.— Síntesis del *enfrentamiento ante la deficiencia* durante el siglo XIX.

ENFOQUE/ACTITUD PASIVA

vs.

ENFOQUE/ACTITUD ACTIVA

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> —Grandes contradicciones y brutalidades —Actitudes sumamente negativas; desconfianza, recelo, paternalismo protector, nivel ínfimo en sensibilidad social y profesional hacia deficientes: control, prevención, <i>alarma eugenésica: secación de per vida, eutanasia, esterilización, restricción matrimonial</i> | <ul style="list-style-type: none"> — Sustitución del modelo organicista por otro de corte <i>intrapsíquico y mentalista</i> — Avances en comprensión, estudio de etiología y de formas clínicas asociadas a deficiencia — Avances sociales: progresiva responsabilidad de los gobiernos: <i>medidas legales e institucionales</i> en favor de todos los deficientes |
|---|--|

Cuadro 6.— Síntesis del *enfrentamiento ante la deficiencia* en la segunda revolución en salud mental

ENFOQUES/ACTITUDES	MODELOS HISTÓRICOS	ENFOQUES/ACTITUDES
PASIVAS: INMODIFICABILIDAD		ACTIVAS: MODIFICABILIDAD
CAUSAS INTOCABLES		CAUSAS NO INTOCABLES
NEGATIVISMO / PESIMISMO		CONCEPCIÓN POSITIVA / OPTIMISMO
ACEPTACIÓN PASIVA / RESIGNACIÓN		TRATAMIENTO / EDUCABILIDAD
SEGREGACIÓN / MARGINACION		INTEGRACIÓN / ACEPTACIÓN
MODELO DEMONOLOGICO		
CAUSAS AJENAS / EXTRAÑAS		CAUSAS DESCONOCIDAS
FRUTO DEL PECADO / DEMONIO		PRACTICAS EMPÍRICAS
INFANTICIDIO / HOGUERAS		CIRUGÍA DE LOS HUESOS
VENTA / MUTILACIONES		TÉCNICAS PROTÉSICAS
RESIGNACIÓN / APARTAMIENTO		HOSPITALES / ASILOS
MODELO ORGANICISTA		
CAUSAS NATURALES		CAUSAS NATURALES
CLASIFICACIÓN / ETIQUETADO		TRATAMIENTOS MÉDICOS
«ALARMA EUGENESICA»		«SORDOMUDISTICA» / INSTRUCCIÓN
BENEFICENCIA / ENCIERRO		«REGENERACIÓN DE POBRES»
INSTITUCIONALIZACION		«TRATAMIENTO MORAL»
MODELO PSICOLOGICISTA		
CAUSAS PSICOLÓGICAS		CAUSAS PSICOLÓGICAS
CLASIFICACIÓN / ETIQUETADO		TRATAMIENTOS / PROGRAMAS
DETERMINISMO DEL CI		MOVIMIENTO REHABILITADOR
SUBNORMALIDAD / ANORMALIDAD		MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS
«TRAUMAS» / «REGRESIÓN»		POSIBILIDAD DE APRENDIZAJE
MODELO SOCIO-AMBIENTAL		
CAUSAS SOCIO-AMBIENTALES		CAUSAS SOCIO-AMBIENTALES
FASES DE REACCIÓN A LA DISCAPACIDAD		PREVENCIÓN / ESTIMULACIÓN PRECOZ
INTEGRACIÓN «POR DECRETO»		INTERVENCIÓN COMUNITARIA
ACTITUDES NEGATIVAS		ASOCIACIONISMO
MARGINACION		DESINSTITUCIONALIZACION
MODELO BIO-PSICO-SOCIAL		
CAUSAS BIO-PSICO-SOCIALES		CAUSAS BIO-PSICO-SOCIALES
«PENSIÓN», ÚNICA SALIDA		INTERACCIÓN DE FACTORES
«CENTROS DE EMPLEO ESPECIAL»		TRATAMIENTOS MULTIMODALES
ACTITUDES NEGATIVAS		REHABILITACIÓN PROFESIONAL
MARGINACION		NORMALIZACIÓN / INTEGRACIÓN

Cuadro 7.—Síntesis de las orientaciones históricas delenfrentamiento ante la deficiencia.

Capítulo 3. DEFINICION DE DISCAPACIDAD

La desorientación de mi generación tiene su explicación en la dirección de nuestra educación, cuya idealización de la acción, era: ¡Sin discusión!"

Anónimo

La palabra "discapacidad", corresponde a un neologismo importado del idioma inglés. Proviene de la traducción literal del término "disability", que es una palabra compuesta de dos términos, en los que se distinguen dos partes o dos sentidos que se complementan. Por un lado, tenemos el término "dis" que viene del griego "dys", que significa "mal, dificultad o anomalía" y que aporta un sentido negativo, de privación, de que algo no funciona bien. Por otro lado, está la palabra "ability", que se traduce por "habilidad o capacidad", en el sentido de la "aptitud, talento o cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo".

3.1. Evolución histórica. Construyendo el concepto de discapacidad

Para poder comprender el concepto actual de la discapacidad, consideramos oportuno realizar un recorrido por la progresión de las definiciones que desarrolla Verdugo Alonso (1994). En primer lugar, el retrasado mental era un castigo de los dioses y una carga para la sociedad; hubo momentos y culturas en las que se les atendía con respeto. Más adelante, se les consideraba molestos para la ciudad y se les expulsaba y, más adelante, se crearon asilos y lugares fuera de la ciudad donde "atenderles". De ser considerados como seres castigados, la sociedad se sintió castigada por tener que atenderles; de ser considerados como personas receptoras de unas anomalías, pasaron a ser causantes de las mismas, bien por déficit orgánicos y cerebrales o bien por ser malsanos.

Siguiendo a Verdugo Alonso (1994), Esquirol (Francia, 1818) lo definía así: *el retraso mental se caracteriza por ser un déficit intelectual constatable, de origen orgánico e incurable. Es un estado de agenesia intelectual en el cual la inteligencia nunca ha llegado a desarrollarse,*

a diferencia de la demencia.... Es el precursor de que en el S.XIX se comiencen a desarrollar intentos educativos y terapéuticos. En el S.XX las definiciones se basan en dos criterios: la inteligencia y la conducta adaptativa.

Como recoge Miguel Ángel Verdugo (1998)⁵⁹, Tredgold (1937) propuso una de las concepciones clásicas al concebir al retrasado mental del siguiente modo: *Retrasado mental es aquella persona incapaz de llevar una vida adulta independiente. Incluye desarrollo incompleto, incapacidad de beneficiarse del sistema educativo ordinario, bajo coeficiente de inteligencia y comportamiento desadaptativo.*

El retraso mental se correspondería más con el término “amencia” (ausencia de mente), mientras que la enfermedad mental se relacionaría con el término “demencia” (pérdida de mente)⁶⁰. Dividió las anormalidades de la mente en tres grupos: alteración mental, deterioro mental y desarrollo incompleto. La “Deficiencia mental” (o retraso mental) podría aplicarse a todos los grupos. Si bien el neurótico y el psicótico pueden tener problemas similares a los de las personas con retraso, estas personas sufren una pérdida de capacidad más que una ausencia de la misma. Incluso, la persona psicótica puede recuperar su capacidad, mientras que la persona retardada podría considerarse como una persona permanentemente afectada”. Tredgold, considera que el “retraso mental” es sinónimo de desarrollo incompleto, ineducable educativamente (incapacidad de beneficiarse del sistema educativo ordinario), bajo C.I., incapacidad para mantener una vida independiente, y comportamiento general desadaptativo.

Doll (1941,1953)⁶¹ la definía del siguiente modo: *la deficiencia mental es una incompetencia social, debido a la subnormalidad mental, resultante de una paralización del desarrollo, que prevalece en la madurez y que es de origen constitucional y esencialmente incurable.*

⁵⁹ Verdugo, M. A.. (1998). *Personas con discapacidad. En la perspectiva del Siglo XXI*. P, 5. Ed. Siglo Veintiuno.

⁶⁰ *Ibidm*, p, 6

⁶¹ Verdugo Alonso, M. Ángel. 1994. *El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR*. P, 6. Ed. Siglo Cero

La evolución de las concepciones y tratamiento de las personas con retraso mental en las últimas décadas pueden entenderse como "un cuarto de siglo prometedor" tal como titula Scheerenberger (1984), su último libro sobre la historia del retraso mental. Sin embargo, las definiciones y concepciones actuales del retraso mental todavía muestran influencias del pensamiento desarrollado durante varios siglos (Wodrich, 1986).

En este sentido, podemos hablar de tres tendencias históricas en la definición del retraso mental (Scheerenberger, 1984)⁶²:

a) El retraso mental se identificó en primer lugar con la incompetencia para satisfacer las demandas de la vida (Wodrich, 1986). Inicialmente el concepto surge como una necesidad social, con el fin de proteger los derechos de propiedad de los ricos. Así, en 1324 se promulgó la ley "King's Act" en la que a los denominados "idiotas" se les consideraba incapaces de manejar sus propios negocios, por lo que sus propiedades pasaban inmediatamente a la corona.

b) El King's Act también distinguió "idiotas", considerado como un estado congénito y sin posibilidad de remitir, de "lunáticos", que se asumía como un estado transitorio, siendo la habilidad mental deficitaria lo que distinguía ambas condiciones. Se cuenta con descripciones históricas como la de Sir Fitzherbert en 1534: "idiotas es aquella persona que no sabe contar o nombrar veinte peniques, que no dice quién fue su padre o su madre, ni que años tiene,..." (Scheerenberger, 1983). Además de estas descripciones funcionales, a habilidad mental requería una evaluación y su importancia diagnóstica se vio consolidada con el trabajo científico de Binet a comienzos de nuestro siglo. Es, por tanto, la falta de una habilidad cognitiva general lo que viene a reconocerse como una segunda tendencia histórica de la definición de retraso mental.

c) La tercera tendencia provino de los médicos que fueron quienes primero se ocuparon de la evaluación del retraso mental, a través del análisis de su etiología.

⁶²Ibdm, p. 3

Asumían que la condición de retraso era causada por una patología orgánica pero fueron incapaces de localizar signos objetivos distintivos del retraso mental.

Es importante señalar que no es sino hasta el siglo XIX, que la dificultad mental no se separa claramente de la consideración de otras patologías. En sus inicios, el retraso mental no tiene una conceptualización que lo diferenciase de las características del sordomudo o el loco; podía incluso considerarse como una clase de demencia, aunque a su vez se tenía como causa lo biológico. Va a ser en 1818, que Esquirol adopta el concepto de idiota y lo diferencia de la confusión mental y de la demencia.

En definitiva, podemos resumir las concepciones hasta el siglo XX⁶³ del siguiente modo:

1. *El retraso mental se identificó con la incompetencia para satisfacer las demandas de la vida.*

El concepto surge en 1324 cuando se promulgó la ley "King's Act" en la que a los denominados "idiotas" se les consideraba incapaces de manejar sus propios negocios por lo cual sus propiedades debían pasar al Rey. El "idiota" era considerado un estado congénito e irreversible mientras que el "lunático" era un estado transitorio siendo común a ambos la habilidad mental deficitaria.

2. *El retraso mental es la falta de una habilidad cognitiva general.*

Sir Fitzherbert (Inglaterra, 1534) describió *"idiota es aquella persona que no sabe contar o nombrar veinte peniques, que no dice quién fue su padre o su madre, ni cuántos años tiene..."* Se reconocía la necesidad de la evaluación y su importancia diagnóstica se consolidó con los trabajos de Binet. Binet y Simon (Francia, 1905): "Son retrasados mentales aquellos sujetos que tienen un coeficiente intelectual inferior a 2 desviaciones típicas de la media fijada para la población de la que forma parte".

3. *El retraso mental es causado por una patología orgánica (tendencia médica)*

⁶³ Juana Elena Acosta García y Otros Autores. <http://www.ilustrados.com/tema/7960/Retraso-mental-Defecto-motor.html>

Esquirol (Francia, 1818) *"el retraso mental se caracteriza por ser un déficit intelectual constatable, de origen orgánico e incurable. Es un estado de agenesia intelectual en el cual la inteligencia nunca ha llegado a desarrollarse, a diferencia de la demencia..."*

4. *El retraso mental se puede educar y tratar, siendo muy importante la influencia del ambiente*

Jean Itard (Francia) educa a Víctor "el niño salvaje de Aveyron" demostrando que un "idiota" podía adquirir habilidades con entrenamiento. Su discípulo Seguin, publicó el primer tratado sobre la deficiencia mental ("La instrucción fisiológica y moral de los idiotas")

Es cuando llegan finales del XIX, que se ponen en funcionamiento los primeros test de inteligencia y da lugar a un mayor análisis de las causas y de los distintos niveles de desarrollo, unificándose las referencias diagnósticas y da lugar a la creación de aulas especializadas.

Durante el siglo XIX se comienzan a aplicar nuevas orientaciones de tipo educativo y terapéutico, desde perspectivas humanitarias. Jean Itard inicia la primera experiencia de tratamiento desde estas perspectivas, desde la comprensión de que las potencialidades humanas son muy considerables, mucho más de las que desarrollamos todas las personas y que ello depende del ambiente de convivencia. Itard, con su trabajo, evidenció que una persona diagnosticada con graves dificultades, incluso de "idiota", era capaz de aprender una diversidad de habilidades sociales con un programa de aprendizaje sistemático adecuado.

Darwin tuvo y tiene una influencia decisiva desde final del siglo XIX y principios del siglo XX. Siguen siendo protagonistas las teorías darwinistas que defienden la eugenesia, siguiendo el planteamiento de la selección natural, y las instituciones se convierten en asilos que proporcionan cuidados meramente materiales o asistenciales. Sin embargo, gracias a los tests de inteligencia y la presión social, se va tomando consciencia de las múltiples causas y niveles del retraso y, de este modo, se va consiguiendo la disposición a unificar los

criterios diagnósticos, favoreciendo la creación de aulas y atenciones específicas para el retrasado mental.

En el siglo XX, las definiciones, según la doctrina de Verdugo Alonso (1994) se basan esencialmente en los dos criterios siguientes, o bien, en uno sólo de ellos:

1) Distribuciones estadísticas de la inteligencia, asignando determinado nivel de retraso en la ejecución intelectual, y

2) Problemas en la conducta adaptativa.

Las aportaciones sociológicas han sido fundamentales y determinantes para conseguir que sea asumido como institucional el concepto de “adecuación social”. Es desde ahí que se hace casi cotidiana la comprensión de que la dificultad o el fracaso para adecuarse al ambiente social es lo que constituye el criterio de definición y de intervención.

Así, la evolución histórica acerca de la comprensión y el desarrollo de la deficiencia mental, se pueden dividir en dos momentos distintos. Por una parte, podemos señalar que antes del siglo XIX, en que el retraso mental no tenía una consideración distintiva y era comprendido como dentro del concepto de las demencias, atribuyéndole causas orgánicas o innatas. Por otra parte, es a partir del siglo XIX, cuando se comienza a diferenciar de modo claro la demencia de otras patologías. No obstante, hasta 1959 siguen vigentes las tesis biologicistas del retraso mental.

A partir de 1959, las propuestas de la Asociación Americana sobre personas con Deficiencia Mental (AAMD) -que a mediados de los años ochenta pasó a denominarse Asociación Americana sobre personas con Retraso Mental (AAMR)- marcarán la pauta de la concepción vigente más aceptada en medios científicos y profesionales.

Los modelos psicológicos más importantes de análisis del retraso mental⁶⁴ han sido el psicométrico, el evolutivo, el psicodinámico, el cognitivo, y el del análisis funcional o comportamental (Fierro, 1984; Rubio, 1987). Otros dos modelos importantes son los

⁶⁴ Gafo, Javier,(1996). *La Ética ante el trabajo con el deficiente mental*, Universidad Pontificia de Comillas, p. 141

denominados Escuela de Ginebra y Escuela Soviética (Benedet, 1991). No hay que olvidar también la importancia de otros modelos no psicológicos como son el modelo médico y el modelo sociológico. Desde una perspectiva aplicada, los modelos han evolucionado lentamente desde una predominancia de los criterios psicométricos que exclusivamente tenían en cuenta el C.I. hasta incorporar más o menos explícitamente los aspectos de adaptación social. A partir de la segunda mitad del presente siglo, han sido las definiciones propuestas por la AAMR las que, por su perspectiva más integradora, han recibido una mayor aceptación en la comunidad científica y profesional.

En el comienzo de los años sesenta, la entonces denominada Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (AAMD) publica el Manual sobre terminología y clasificación en el retraso mental (Heber, 1959, 1961) que propone una definición ampliamente aceptada⁶⁵: *El retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo, y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo.*

En 1973, la Sociedad Americana de Deficiencia Mental⁶⁶ publicó una definición ligeramente revisada (Grossman, 1973): *"El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general, significativamente inferior a la media, que existe concurrentemente con déficits en conducta adaptativa, y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo".*

Hemos de precisar que aunque el concepto sigue dando prioridad a la medición de inteligencia y el comportamiento adaptativo, a partir de aquí, ahora con la incorporación del término "significativamente", se anula de la clasificación la categoría de "límite".

Las subcategorías o niveles de retraso mental se reducen a cuatro con sus correspondientes niveles de C.I. según la prueba de Stanford-Binet: ligero (67-52), medio (51-36), severo (35-20) y profundo (19 y por debajo). El nuevo concepto, sin embargo, daba prioridad al comportamiento adaptativo para determinar el retraso mental.

⁶⁵Verdugo Alonso, M. Ángel. 1994. *El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR*. P. 7. Ed. Siglo Cero

⁶⁶Ibidem, p. 8

Un poco después, la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental (Grossman, 1973) propone la siguiente definición⁶⁷: *"El retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe concurrentemente con déficits en conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período del desarrollo"*. Se elimina el nivel Límite y se establecen cuatro categorías Ligero (67-52), Medio (51-36), Severo (35-20) y Profundo (19 y por debajo).

El aporte fundamental y decisivo fue la fundación de la Asociación Americana sobre el Retraso Mental (AARM)⁶⁸. Desde su fundación en 1876, ha sido una de sus principales preocupaciones conseguir una delimitación clara y no discriminatoria de la condición de las personas con retraso mental. Su composición heterogénea, en la que se incluyen profesionales provenientes de diferentes campos como los de la salud, la psicología, la educación, el trabajo social, la legislación, la administración, etc., ha hecho de esta organización un punto referencial para todos aquellos que, por motivos personales o profesionales, se relacionan con personas que presentan esta discapacidad.

Podemos destacar ahora que un desarrollo intelectual por debajo de la media, se refiere a la obtención de puntuaciones de 70/75 o inferiores en medidas estandarizadas de inteligencia. En la definición adoptada, el concepto al que se le da mayor atención es el de conducta adaptativa.

En palabras de Grossman, (1983,) el déficit en la conducta adaptativa se refiere *a la calidad del funcionamiento diario afrontando las demandas ambientales*. Esto es definido expresamente como *limitaciones significativas en la eficacia individual en satisfacer los patrones de maduración, aprendizaje, independencia personal y responsabilidad social esperados para su edad y grupo cultural, tal como se determinan por evaluación clínica y, frecuentemente, por escalas estandarizadas*.

La evolución en la consideración del concepto del retraso mental de los años sesenta y ochenta, ha ocasionado que la conducta adaptativa sea considerada como fundamental y,

⁶⁷ Ibidem p.8

⁶⁸ Ibidem.p.8

con ello, que el límite del C.I. para poderlo considerar como retraso mental se sitúe por debajo de 70, ampliar el límite superior de edad para el diagnóstico inicial y, algo muy importante también es, no considerar que el diagnóstico es estable a lo largo de la vida.

En el año 1981, La Organización Mundial de la Salud⁶⁹, generó una clasificación general y comprensiva de la discapacidad que va, desde una visión de los orígenes médicos y de salud del tema, hasta llegar a sus manifestaciones últimas en la vida humana, en todos sus aspectos: sociales, económicos, políticos, laborales, culturales, del entretenimiento o del placer, etc. Esta clasificación, conocida como CIDDM en castellano (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) o ICIDH en inglés (International Classification of Impairments, Disabilities & Handicaps), ha sido de gran valor durante todo este tiempo habiéndose utilizado ampliamente en esferas tales como la rehabilitación, la educación, la estadística, la política, la legislación, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. Otro aspecto importante de la CIDDM es que, con ella, por primera vez se comenzó a poner el acento en el entorno físico y social como factor fundamental de la discapacidad, es decir, se señaló a las propias deficiencias de diseño como causas generadoras de limitaciones y reducción de oportunidades.

3.2. El cambio de paradigma de la definición de 1992. Significación de la nueva propuesta

La definición adoptada en 1992 por la Asociación Americana sobre Retraso Mental (AAMR) (Luckasson et al., 1992)⁷⁰ representa la concepción del retraso mental que va a estar vigente de manera más extendida en los años finales del siglo XX. La formulación de la deficiencia mental adoptada por la AAMR, va a establecer una modificación muy importante en relación a las comprensiones anteriores; tanto es así, que se puede considerar a este desarrollo un cambio de paradigma. El aspecto más decisivo podría haber sido la importancia dada a lo social frente al individuo. Ya no se considera la deficiencia con una característica central del sujeto, sino que es la manifestación de una dificultad de la interacción entre la persona con dificultad y su medio ambiente. Por ello, el objetivo

⁶⁹ Del Águila Umeres, 2007, *Tesis: El concepto de discapacidad y su importancia filosófica*, p. 24. Lima

⁷⁰ Verdugo, M.A. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002*. p. 11. Siglo Cero.

fundamental va a ser evaluar el retraso y determinar las atenciones necesarias, más que diagnosticar y clasificar. Tanto es así que se analizará a los sujetos más por los servicios y atenciones que necesita que por su Coeficiente Intelectual.

Eso supuso que lo que se denominó como "El nuevo paradigma", en 1992, sea el modelo más vigente y extendido en la concepción y aplicación de prácticas de intervención a los discapacitados mentales en nuestra época. Este modelo vino a sustituir a los anteriores, los cuales basaban su clasificación sólo en virtud del coeficiente intelectual.

La consolidación de este nuevo paradigma, que representa una diferenciación y modificación determinante de la anterior concepción de la discapacidad, da toda su importancia a la relación e interrelación de la persona con su ambiente. El principal objetivo no es tanto el de diagnosticar, sino más bien conocer de forma multidimensional las interrelación de la persona con discapacidad del contexto comunitario en el que vive, para poder así concretar qué apoyos precisa.

Es por ello que se propone entonces una nueva clasificación, basada en la cualidad dichos apoyos, a saber: *limitado, intermitente, extenso y generalizado*. Clasificación que sustituye a la anterior, basada en la inteligencia, y cuyas denominaciones son: retardo mental ligero, medio, severo y profundo.

"El nuevo paradigma"⁷¹, nos da entonces su propia definición:

Retraso mental hace referencia a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, autocuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo. El retraso mental se ha de manifestar antes de los 18 años de edad.

⁷¹ Verdugo Alonso, M. Ángel. 1994. *El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR*. P. 14. Ed. Siglo Cero

De este modo, la AAMR establece cuatro dimensiones diferentes de evaluación y que supone una concepción muy novedosa en el concepto de retraso mental: funcionalidad intelectual y habilidades adaptativas, importancia de las características psicológicas y emocionales, y la importancia de la funcionalidad física y ambiental.

Son destacables las dificultades para ir incorporando en lo social los avances conceptuales de la discapacidad. El término "discapacidad" fue aceptado por la Real Academia Española de la Lengua hace *tan sólo veinte y tres años*. La definición lingüística de discapacidad se pudo realizar a partir de esfuerzo de consenso de entre más de 70 países, que en el marco de las Naciones Unidas emitieron un dictamen que aprobó el pleno de dicho organismo en su idioma original (el inglés) el término "disabilities" en sustitución de "handicapped" y, posteriormente, el término traducido al español "discapacidad" fue aceptado por la Real Academia Española de la Lengua en 1990, apareciendo vigente en el diccionario de la lengua española de la misma Real Academia. La Organización Mundial de la Salud, estableció en 1980 un criterio único en "La Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalía" (CIDDM).

En el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, "discapacidad" se define como la "cualidad de discapacitado"; y, a su vez, la palabra "discapacitado", resulta ser un adjetivo calcado del inglés "disabled", y se dice así de la "persona que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas". Destacar que sobre el término de capacidad, el Diccionario señala que viene del latín *capacitas*, *atis*, mismo que tiene varios significados entre los que destacan:

- Aptitud, talento, cualidad que dispone alguien para el buen ejercicio de algo.
- Aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación.

Por lo tanto, todas las personas cuentan con cualidades únicas y diferentes, por lo que el término aludido califica a cualquier persona, tenga o no una discapacidad.

3.3. La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)

Vamos a ver el proceso seguido desde La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)⁷². Fue puesta en marcha por primera vez en los años setenta y publicada en 1980 por la Organización Mundial de la Salud como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo.

Este instrumento, traducido a más de 14 idiomas y cuya versión española fue publicada en 1983 por el Instituto Nacional de Servicios Sociales tenía por objeto, ofrecer un marco conceptual para la información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos.

- **Deficiencia:** *Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.* El término de “deficiencia” hacía referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el ámbito de algún órgano.
- **Discapacidad:** *Toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.* La discapacidad refleja la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo.
- **Minusvalía:** *Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales.* Este término hacía referencia a las desventajas

⁷² Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad, recuperado de <http://www.sustainable-design.ie/>

experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades en su interacción y adaptación del individuo a su entorno.

Estas definiciones supusieron un primer paso para señalar decididamente que el medio social y físico, tienen una influencia decisiva en la evaluación y diagnóstico de la discapacidad.

No se detuvieron aquí los cambios conceptuales y se hizo incapie en la aplicación del modelo bio-psico-social de la Discapacidad, con el objetivo de establecer una comprensión común de modo que permitiese describir de una manera fiable los estados funcionales inherentes a las condiciones de salud de las personas.

Este proceso dio como resultado *“La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF)*, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2001.

En la nueva conceptualización de la CIF, se estableció el término de Discapacidad como un término genérico que abarca las distintas dimensiones:

- Deficiencias de función y de estructura
- Limitaciones de las actividades
- Limitaciones en la participación

De igual forma, en la *“Convención Internacional Amplia e Integral para Promover y Proteger los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad”*, hizo el último Acuerdo Internacional ratificado por México, el día 27 de septiembre de 2001. Utilizó el término de discapacidad y lo definió como: *“Deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.

En el año 2000 se encontraba todavía en proceso una revisión radical de la CIDDDM, a la que de manera provisional se le puso de nombre CIDDDM-2, para distinguirla de la clasificación

CIDDM⁷³ del año 1981. La diferencia entre ambas versiones radicaba también, entre otras cosas, en que esta última versión analizaba el tema de la discapacidad sin referencia a términos que pudiesen resultar negativos o peyorativos.

Para evitar las connotaciones negativas, el término "discapacidad" ha sido reemplazado, por ejemplo, por el término neutro "actividad" y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como "limitaciones de la actividad"; el término "minusvalía", ha sido reemplazado por el de "participación", y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como "restricciones de la participación".

La definición de retraso mental propuesta por la AAMR en 2002 plantea que el retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años.

Esta definición mantiene los tres criterios que venían siendo propuestos desde las anteriores definiciones de 1983 y 1992: limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, en conducta adaptativa (concurrente y relacionada), y que se manifiesta durante el periodo de desarrollo. La aplicación de la definición propuesta⁷⁴ parte de cinco *premisas* esenciales para su aplicación:

1. Las limitaciones en el funcionamiento presente deben considerarse en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.
2. Una evaluación válida ha de tener en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y comportamentales.
3. En un individuo las limitaciones a menudo coexisten con capacidades.

⁷³Verdugo, M.A. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002*. Siglo Cero.

⁷⁴ Ibdm, p. 4.

4. Un propósito importante de describir limitaciones es el desarrollar un perfil de los apoyos necesarios.
5. Si se ofrecen los apoyos personalizados apropiados durante un periodo prolongado, el funcionamiento en la vida de la persona con retraso mental generalmente mejorará.

El enfoque de la definición de discapacidad intelectual propuesta es un modelo teórico multidimensional (ver Figura 1).

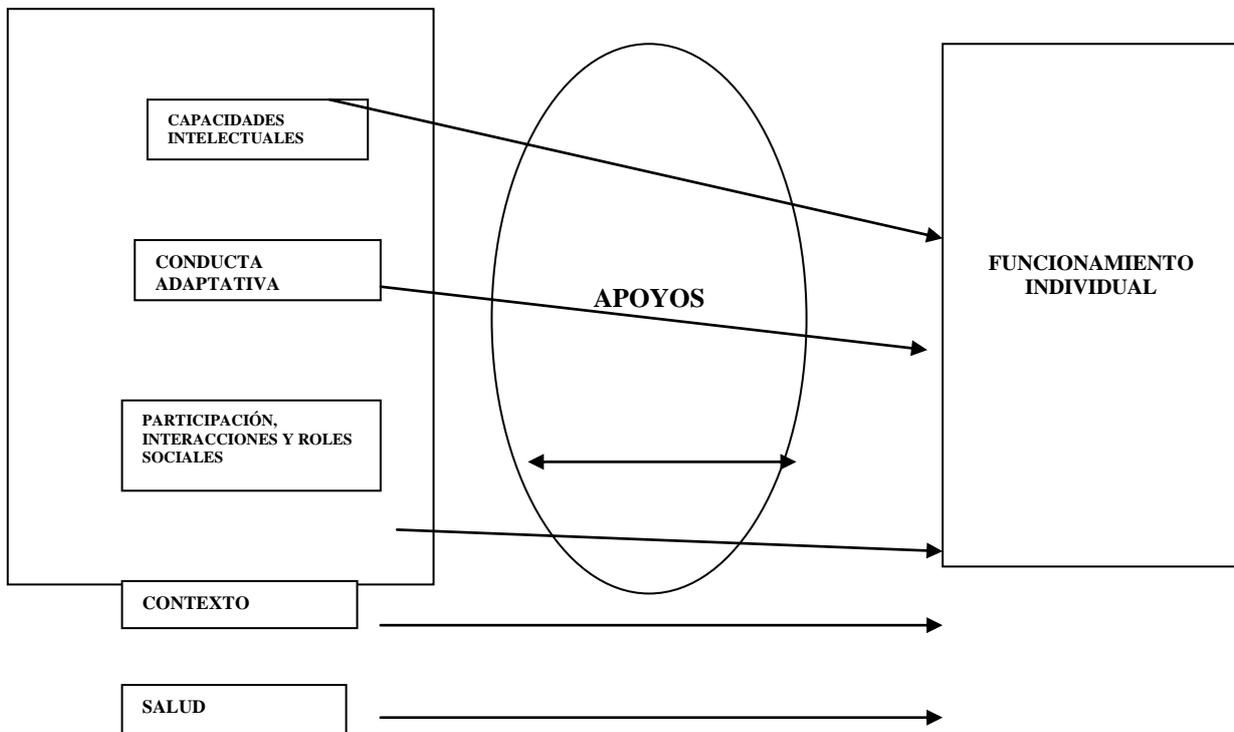


Figura 1. Modelo teórico de retraso mental (Luckasson y cols., 2002, p. 10)

El aspecto más novedoso de la propuesta hecha en el 2002 es el de poner en valor un nuevo modelo teórico, ampliando una dimensión más (“Participación, Interacciones y Roles Sociales”), y proponiendo un encuadre de evaluación más integral e integrador. Preicisar que también se analiza con profundidad un elemento que es crucial para la comprensión de este modelo y es el “juicio clínico” y su modo de aplicación.

Es entonces a partir de ahí, que se desarrolla todo el interés para mantener la discapacidad dentro de la estructura social, con especial atención en la accesibilidad y actitudes inclusivas.

En diciembre de 2006, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) acordó la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad para proteger y reforzar los derechos y la igualdad de oportunidades de los 650 millones de personas con discapacidad en todo el mundo.

Tal como desarrolla L. M. del Águila (2007), esta última clasificación entendía la discapacidad, de manera neutra, a partir de un marco conceptual de tres dimensiones:

- a) Una dimensión orgánica o funcional, ligada al cuerpo, a la que antes se llamaba “deficiencia” y ahora se llama de manera neutra “funcionamiento”;
- b) A la dimensión de la “discapacidad” ahora se le llama “actividad”; y
- c) A la dimensión “minusvalía” ahora se le llama “participación”.

Ante la cuestión decisiva de que esta clasificación mide fundamentalmente los niveles del funcionamiento humano, y que marca un antes y un después, es que a partir de esta clasificación, su filosofía y conceptos se aplican a todo ser humano, tenga o no deficiencia mental. En ese sentido es una clasificación “universal”.

Fue también muy esclarecedor y de una incidencia muy notable la jornada de debates que realizó UPIAS (1976) con Disability Alliance, en noviembre de 1975. Al año siguiente de ello, UPIAS publicó la transcripción magnetofónica de estas discusiones bajo el sugestivo y

filosófico título de “Principios Fundamentales de la discapacidad”⁷⁵. Si bien, ese grupo surge desde la discapacidad física, sus fundamentos e ideas son aplicables directamente a la discapacidad psíquica y supuso un avance muy considerable en la dinámica general de enfocar y tratar las discapacidades.

A raíz del Movimiento de Vida Independiente⁷⁶ que, desde los años 60 del s. XX, lucha por el reconocimiento y emancipación de los colectivos oprimidos a causa de su diversidad funcional, surgió el denominado “modelo social” británico⁷⁷ que definió la “discapacidad” no como una condición trágica referida al individuo, sino de la siguiente manera:

En nuestra opinión, es la sociedad la que discapacita a las personas con deficiencias físicas (y psíquicas). La discapacidad es algo impuesto, sobre la base de nuestras deficiencias, por el modo en que somos innecesariamente aislados y excluidos de una plena participación en la sociedad. Las personas discapacitadas son en consecuencia un grupo oprimido en la sociedad. Para comprender esto es necesario captar la distinción entre la deficiencia física y la situación social, llamada “discapacidad”, de la gente con tales deficiencias. Así, definimos la deficiencia como la falta total o parcial de un miembro, o el tener un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo, defectuoso, y definimos la discapacidad como la desventaja o restricción de una actividad que es causada por una organización social contemporánea que toma poco o nada en cuenta a las personas que tienen

⁷⁶ El Movimiento de Vida Independiente, comprende un conjunto de organizaciones sociales que luchan por los derechos civiles de las personas con diversidad funcional. Comenzó en los EEUU, promovido por familiares, asociaciones de veteranos de guerra y estudiantes universitarios con diversidad funcional, vinculado a la lucha social que otros colectivos igualmente discriminados estaban desarrollando en los años 60 y 70. Su primer objetivo fue la desinstitucionalización del colectivo de la discapacidad que vivía recluido en residencias, hospitales y en sus propios domicilios familiares, situación que, a día de hoy, continua siendo la realidad cotidiana para la mayoría de las personas con diversidad funcional en el mundo. Más tarde, este movimiento fue exportado a Europa a través de Inglaterra, donde adquirió una mayor fundamentación teórica de sus planteamientos que hasta el momento habían sido meramente reivindicativos. GARCÍA ALONSO, J.V. (coord.) (2003), *El movimiento de Vida Independiente: Experiencias internacionales*, Fundación Luis Vives, Madrid. Existe una amplia bibliografía sobre el Movimiento de Vida Independiente que se puede consultar en las webs de los Centros de Estudios sobre Discapacidad (Disability Studies Center) algunas de las cuales son: The Disability Archive UK (<http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/>), The Independent Living Institute (<http://www.independentliving.org/library.html>). Para consultar bibliografía de estos temas en español es muy recomendable la web: http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Discatextos_1.htm

⁷⁷ En este modelo se promueve la transformación de la sociedad en lugar de obligar a los individuos a que se adapten a ella. En él las instituciones sociales son las responsables de aportar los recursos y apoyos necesarios para posibilitar la igualdad de oportunidades y la no discriminación de estas personas, conservando sus diferencias, sin necesidad de exigirles que se rehabiliten o de que permanezcan recluidas en una institución. Para más información sobre el modelo social y su bibliografía asociada puede consultarse SHAKESPEARE, Tom & WATSON, Nicholas (2002) “The Social Model of Disability: An outdated ideology?”, in: *Journal Research in Social Science and Disability* Volume 2, pp. 9-28

deficiencias físicas y de esta manera las excluye de participar en la corriente principal de las actividades sociales. La discapacidad física/psíquica/sensorial es por consiguiente una forma particular de opresión social.

Querría destacar la importancia que tuvo la Fenomenología y, destacaría aquí, las aportaciones de *Merleau Ponty* (1985)⁷⁸, particularmente cuando dice que *el hombre es concebido como un “ser en el mundo” y su ser social o alteridad como un “ser para los otros”*. En este horizonte de comprensión, vemos que el ser del sujeto viene dotado de una opacidad o ambigüedad, que le es dada por su cuerpo, al que lo define la cultura y que determina su finitud o su ser situado en el espacio y en el tiempo”. La aportación fenomenológica de Merleau-Ponty tiene una importancia especial, ya que podemos decir que no se ocupa solamente de la experiencia de la conciencia, sino de la experiencia humana en todos sus ámbitos.

En relación a esa concepción fenomenológica, resulta interesante traer aquí las reflexiones **del Dr. Robert L. Schalock**⁷⁹, del Departamento of Psychology, Hastings College, EEUU, sobre la discapacidad:

Para comenzar la exposición de mi trabajo, permítame caracterizar esta “ nueva forma de pensar sobre la discapacidad”. Sus principales aspectos incluyen:

- *Una nueva concepción de la discapacidad en la que la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre la persona y el ambiente en el que vive.*
- *Una visión transformada de lo que constituyen las posibilidades de vida de las personas con discapacidades. Ésta visión supone enfaticar en la autonomía (Self-determinación), la integración, la igualdad, y en las capacidades.*
- *Un paradigma de apoyo que remarque la prestación de servicios a las personas con discapacidades y se centre en la vida con apoyo, el empleo, y en la educación integrada.*

⁷⁸ Merleau-Ponty, Maurice. 1985, *Fenomenología de la percepción*, Barcelona, Planeta Agostini.

⁷⁹ Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. Robert L. Schalock y otro. Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual, ISSN 0210-1696, Vol. 41, Nº 236, 2010, p.1

- Una interconexión del concepto de calidad de vida con el de mejora de calidad, garantía en el mantenimiento de la calidad, gestión de la calidad, y evaluación centrada en los resultados.
- El desplazamiento hacia una aproximación no-categorica de la discapacidad, que se focalice en las conductas funcionales y en las necesidades de apoyo de las personas sin tener en cuenta sus diagnósticos clínicos.

Señala cuatro ideas fundamentales en este trabajo⁸⁰:

En primer lugar, se pregunta sobre "qué es la discapacidad". Para este fin, profundiza sobre el emergente concepto de discapacidad como resultado de la interacción de la persona y el ambiente; este concepto de discapacidad tiene profundas implicaciones sobre cómo cada uno define condiciones tales como el retraso mental, desarrolla un paradigma de apoyo, y contempla los conceptos de inteligencia y de conducta adaptativa.

En segundo lugar, es necesario concienciarse de que en la actualidad, el foco de atención se centra sobre los resultados y sobre la evaluación centrada en los resultados.

En tercer lugar, explica una aproximación al cambio de la organización basado en los resultados de la investigación y que está guiada por los resultados que tanto para la persona como para la organización desean proveedores y usuarios.

Y, en cuarto lugar, señala el poder y potencial de la nueva asociación que se está creando entre las personas con discapacidad y a los que tradicionalmente se nos ha visto cómo "sus" profesionales.

Otro autor que tiene una influencia decisiva en las ideas post-modernistas es Tom Shakespeare (1994)⁸¹, quien llegó a sostener que las personas con discapacidad no sólo enfrentan problemas de discriminación, sino también una serie de prejuicios que tienen su origen en representaciones culturales. En su tesis doctoral afirmó lo siguiente:

⁸⁰Ibíd.

⁸¹ SHAKESPEARE, Tom (1994) "Cultural Representations of Disabled People: Dustbins for Disavowal" in "Disability and Society" No. 9, Vol. 3. pp. 283-301.

Me he alejado de los intentos de construir modelos teóricos de aplicación general, y de imponer estructuras racionales a las experiencias de la discapacidad, para adoptar un punto de vista que acentúa la subjetividad, la contingencia, el conflicto y la discontinuidad de la experiencia de la discapacidad y de las identidades individuales de las personas con discapacidad. Hasta cierto punto, me he aproximado a las perspectivas sociológicas post-modernistas.

Unos años más tarde, Tom Shakespeare pone en evidencia un análisis crítico del modelo social que publicaría más recientemente, en el año 2002, con el título “*El modelo social de la discapacidad: ¿una ideología pasada de moda?*”. Señala que la predominancia de lo material (lo económico, la producción y el trabajo) frente a lo cultural (que remite a la imaginaria recreada alrededor de la diferencia), como explicación del origen de la discapacidad entendida como opresión, se debe al deseo que muestran los adeptos al modelo social de ignorar las experiencias individuales de la deficiencia.

En otro trabajo, Tom Shakespeare⁸², explica que:

Con la imaginaria recreada alrededor de la discapacidad, el común de la gente proyecta en estas personas su temor a la muerte y a la vulnerabilidad de la condición física que es inherente a todos los seres humanos. Las personas con discapacidad se convierten así en los chivos expiatorios de una realidad que se pretende ocultar o negar a toda costa. Por ello, estas personas son vistas no solo como diferentes, onerosas, inconvenientes o extrañas, sino que también representan una seria amenaza a la idea o imagen de invencibilidad, perfección o poder, en la que el común de las personas quisieran verse reflejados. Por eso, la discapacidad genera una sensación de temor e incomodidad y por ello se convierte en algo que se prefiere evitar o ignorar.

⁸²Shakespeare, Tom (1994) “*Cultural representation of disabled people: dustbins for disavowal?*” *Disability and Society* 9, 3, pp 283 – 299.

Esto ha impulsado a Shakespeare a argumentar que el modelo social de la discapacidad debe ser re-conceptualizado para que pueda incorporar *la experiencia de la deficiencia*. Esto se puede conseguir con una consideración más rigurosa del papel que juega la cultura en la opresión de las personas con discapacidad.

David Pfeiffer (2002)⁸³, en su artículo sobre “Los fundamentos filosóficos de los Estudios de discapacidad”, hace ver la manera en la que, por un herencia histórica que se remonta a las raíces culturales de Occidente, las personas con discapacidad llegan a representar la antípoda de todos los valores, el “antivalor” por excelencia, las cosas que menos desea cualquier persona en su sano juicio. Así dice él:

Hay dos problemas mayores con la ontología y epistemología modernas. El primer problema es la aceptación abierta de una serie de dicotomías. Se supone que hay una realidad objetiva y una ilusión subjetiva. Esta dicotomía se ejemplifica mediante la dualidad cuerpo / mente o la de hechos concretos / impresiones sutiles. Se supone que la ontología moderna incluye un sistema de valores verdadero como algo opuesto a la mera confusión. De este sistema de valores provienen las afirmaciones sobre lo correcto y lo incorrecto, sobre la verdad y la falsedad, sobre lo malo y lo bueno, sobre lo digno y lo indigno, sobre lo bonito y lo feo. Hay todo un sistema de valores que es inherente a la versión contemporánea de la ontología y epistemología modernas. (Brown, 2001) Y adivinen qué. Las personas con discapacidad son siempre lo incorrecto, lo falso, lo malo, lo indigno, y lo feo.

Mike Oliver (1986)⁸⁴, en su artículo “Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacidista”, al hablar de la teoría social de la discapacidad en oposición a la teoría de la tragedia personal, cita un trabajo suyo, publicado en el primer número de la Revista británica “Disability, Handicap and Society” de 1986 en el que afirma lo siguiente: ... *al igual que otras teorías de asignación de la culpa a la víctima (Ryan, 1980,) la teoría de la tragedia personal ha servido para individualizar los problemas de la discapacidad, y con ello dejar*

⁸³ PFEIFFER, David (2002) "The Philosophical Foundations of Disability Studies", in: Disability Studies Quarterly, Spring 2002, Volume 22, Nº. 2, pages 3-23.

⁸⁴ OLIVER, Michael (1986) "Social policy and disability: Some theoretical issues", Disability, Handicap and Society, 1, p5-17.

intactas las estructuras sociales y económicas... confiemos en que la teoría de la tragedia personal... desaparezca pronto también, y sea sustituida por una teoría de la opresión social mucho más adecuada.

3.4. Hacia una nueva definición de la discapacidad

Uno se embarca hacia tierras lejanas, indaga la naturaleza, ansía el conocimiento de los hombres, inventa seres de ficción, busca a Dios. Después se comprende que el fantasma que se perseguía era UnoMismo.

Ernesto Sábato, "Hombres y Engranajes, P. 11.

El Foro de Vida Independiente de España, heredero del Movimiento Internacional de Vida Independiente, nacido en la Universidad de Berkeley, San Francisco, tras la guerra de Vietnam, trabaja sobre los conceptos y definiciones acerca de la discapacidad. Sus conceptos se alejan del "paradigma del déficit" para lograr consolidar el "paradigma de la posibilidad". La Filosofía mundial de Vida Independiente, se constituye en un nuevo pensamiento teórico-práctico en torno a la realidad humana, denominada "diversidad funcional".

El concepto de "Diversidad funcional" es un término alternativo al de discapacidad que ha comenzado a utilizarse en España por iniciativa de los propios afectados. El término mujeres y hombres con diversidad funcional fue propuesto en el Foro de Vida Independiente⁸⁵, en enero de 2005 y pretende sustituir a otros cuya semántica puede considerarse peyorativa, tales como "discapacidad" o "minusvalía". Se propone un cambio hacia una terminología no negativa, no rehabilitadora, sobre la diversidad funcional.

Esta modificación de términos ha conllevado también a un nuevo modo de comprender el fenómeno, dando lugar a la descripción de un Modelo de la Diversidad.

⁸⁵ Palacios, A. y Romañach, j. (2006) *El Modelo de la Diversidad*. Madrid : Ediciones Diversitas-AIES.

El Movimiento Internacional de Vida Independiente⁸⁶ (2006), (MVI), considera que la terminología negativa viene derivada de la tradicional visión del modelo médico de la diversidad funcional, en la que se presenta a la persona diferente como una persona biológicamente imperfecta que hay que rehabilitar y "arreglar" para restaurar unos teóricos patrones de "normalidad". Para el MVI, tales patrones nunca han existido, no existen y en el futuro es poco probable que existan; precisamente debido a los avances médicos. Tenemos así *la discapacidad como deficiencia*, que se da a nivel individual, pero tenemos también una *experiencia social de la discapacidad* que se evidencia como discriminación social, en la experiencia con los otros, en un nivel intersubjetivo.

Este nuevo concepto de diversidad funcional da lugar a una nueva forma, más positiva, y que no conlleva implícitamente las referencias a la enfermedad, deficiencias, parálisis, etc, sin tener en cuenta el origen patológico, genético o traumático de la diversidad en cuestión. Sin embargo, no se obvia la realidad de que se refiere a personas que son diferentes a la norma estadística y que por ello realizan algunas sus funciones de manera diferente a la media de la población.

Si bien, todos, la sociedad, han ganado con este término de "diversidad funcional", son muy interesantes las observaciones que realizan Carlos Egea y Alicia Sarabia⁸⁷. Analizan el orden en que deberían de aparecer los términos de "diversidad" y "funcional". Manifiestan su disconformidad por ese orden y argumentan lo siguiente:

(...) está claro que los promotores del uso de esta terminología querían resaltar el hecho de que existen mujeres y hombres que "funcionan" (actúan, realizar actividades, interactúan, se relacionan, etc.) de manera "diversa" (distinta, diferente, de otra manera, etc.). En el fondo de la idea estoy absolutamente de acuerdo: hay un grupo de mujeres y hombres en esta sociedad que tienen un funcionamiento distinto. O, hilando más fino, todos, absolutamente todos, funcionamos de forma distinta. El problema es que nos hemos olvidado de la lección de gramática sobre los nombres (o sujetos) y los adjetivos (o

⁸⁷ Carlos Egea García y Alicia Sarabia Sánchez, "Visión y modelos conceptuales de la discapacidad", recuperado de <http://usuarios.discapnet.es>

calificadores). En el término que se intenta implantar "diversidad" es el nombre que expresa, como nos recuerda el Diccionario de la Real Academia, la variedad, semejanza o diferencia. Y la palabra "funcional" es el adjetivo que, para lo que nos interesa expreso (también según el DRAE) la pertenencia o relación con las funciones biológicas o psíquicas. Es decir, en la aplicación de "persona con diversidad funcional" estamos expresando que lo sustantivo se encuentra en la distinción que se aplica a las funciones biológicas o físicas. Casi parece que estemos tirando piedras a nuestro propio tejado. Pero si le damos la vuelta a los términos, estaremos atinando más en la intención del cambio propuesto. Si hablamos de "mujeres y hombres con funcionalidad diversa" (parece lo mismo pero cambia lo sustantivo y lo adjetivo) estamos poniendo el acento en que lo sustantivo es el funcionamiento (funcionalidad sería el nombre que expresa la cualidad de lo relativo a las funciones biológicas o psíquicas) y lo objetivo es lo diverso (expresando la distinta naturaleza o forma de la funcionalidad que adjetiva).

Este argumentario de Carlos Egea (2001)⁸⁸ y Alicia Sarabia, viene a darle la vuelta a todos los conceptos anteriores y deja en primer plano lo que caracteriza la vida de todo sujeto: la diferencia positiva que da lugar a la vida subjetiva y la necesidad de participación con los demás.

Como evidenciamos, es siempre bien difícil lograr una descripción adecuada a la discapacidad psíquica. Castañón⁸⁹ apostilla lo siguiente: "El concepto de discapacidad encuentra tres fronteras:

- Una frontera en el imaginario social. ¿Qué ciudadano produce una determinada sociedad? Cada sociedad, cada cultura, va a tener un modo de gestionar las diferencias y las semejanzas, las economías de relaciones y satisfacciones, y el modo de crear vínculos sociales.

⁸⁸ Carlos Egea y Alicia Sarabia. (2001) Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. Real Patronato sobre Discapacidad.

⁸⁹ González Castañón, Diego. *Políticas Organizacionales en Discapacidad: Instituciones y Organizaciones no Gubernamentales*

- Otra frontera es la de la subjetividad. ¿Qué vida imagina y produce para sí mismo la persona con discapacidad?. Este es otro lugar donde se va modelando lo que es discapacidad.
- Y luego hay una amplia frontera institucional. Las instituciones que yo elegí para describir son la familia, la escuela, las instituciones asistenciales y laborales, los medios de comunicación y el gobierno.
 - **Familia:** la discapacidad de un miembro de la familia es procesada a lo largo del tiempo en forma individual por cada uno de los integrantes y en forma grupal. La discapacidad pone en crisis los mecanismos de espejamiento e identificación en la familia; ¿qué vínculo produce esta familia con el discapacitado: de vergüenza, de dependencia, de asistencia eterna?. ¿hasta qué punto esta discapacidad es una cuestión íntima y qué tanto esta discapacidad se socializa? Es decir, ¿qué tanto se da a ver al conjunto de las personas que entran en relación con esa familia y qué tanto se mantiene dentro de los límites de la familia?
 - **Escuela:** ¿Es un lugar de enseñanza, un lugar de aprendizaje, un lugar de adiestramiento, una prolongación de la familia?
 - **Instituciones asistenciales:** ¿cómo ven la discapacidad? ¿Cómo una enfermedad o como una diferencia? ¿Patologización o normalización?. No es lo mismo el accionar de los profesionales en las instituciones asistenciales cuando signan algo como patológico y necesitado de tratamiento que cuando signan una situación como normal, como una variante de lo normal, que puede ser minoritaria pero que es normal. ¿prevención o rehabilitación? Polos en los que se va manejando la institución asistencial.
 - **Instituciones laborales:** ¿Caridad o mano de obra? ¿Es la orientación laboral siempre la vertiente más rehabilitadora?

- **Medios de comunicación:** la discapacidad es vista como noticia o como espectáculo. ¿Es un tema gancho o es un debate a instalar en la comunidad?
- **Gobierno:** ¿Se dedica a la asistencia o a la prevención? El problema de la discapacidad, ¿Es un problema de derechos humanos o es un problema de la vida privada de cada cual? ¿Implica algún bien público a preservar o es una cuestión de propiedad privada, que tiene que resolverse en la intimidad de cada familia?

La discapacidad mental está definida hoy por distintas disciplinas con base en unos criterios específicos que la determinan⁹⁰. Es un criterio más en espiral que lineal. En este orden de ideas, contamos con tres criterios fundamentales:

- *Psicológico o psicométrico*, "es deficiente mental aquel sujeto que tiene un déficit o disminución en sus capacidades intelectuales. (Medidas éstas a través de tests y expresado en términos de C. I.)".
- *Sociológico o social*, "El deficiente mental es aquella persona que presenta en mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar a cabo una vida con autonomía personal".
- *Médico o biológico*: "La OMS define a los deficientes mentales como "Individuos con una capacidad intelectual sensiblemente inferior a la medida que se manifiesta en el curso del desarrollo y se asocia a una clara alteración en los comportamientos adaptativos". Gloria Lucía, resalta en las tres definiciones anteriores, el énfasis puesto en la insuficiencia del discapacitado, respecto a un estándar nombrado como media. Estándar que sólo refiere al individuo ideal, como parámetro con el que son medidos todos aquellos que aparecen incompletos frente a él.

⁹⁰ Rodríguez Bausá, L. (1994). Aspectos psicopedagógicos en los procesos rehabilitadores de los lesionados medulares. Ponencias del curso tratamiento fisioterápico del lesionado medular. Salamanca.

Es oportuno traer aquí la visión que nos muestra Bourdieu (2000), acerca del poder normativo y normalizador que tiene lo social, haciéndonos ver lo lejos de ser abstracta y universal la mirada social y que la eficacia de su poder simbólico depende de la posición relativa del que percibe y del que es percibido. Me pregunto una vez más qué lugar tiene la discapacidad psíquica en lo social, cómo es el espacio en el que puede existir, cómo son las referencias a las que ha de seguir. Es imprescindible hacerse eco de las reflexiones de Bourdieu (1991) al hacer explícito que, en la sociedad, en lo concerniente a la discapacidad existe una naturalización de la discapacidad y una socialización de la deficiencia y que tiende a invisibilizar una relación de dominación histórica y arbitraria. La cuestión sigue siendo qué se invisibiliza de la discapacidad, qué se socializa y qué lugar viene a ocupar.

Podemos decir que la discapacidad, tiene su sostén, en la *violencia simbólica* que la constituye. Entendemos que la sociedad siempre está en permanente búsqueda de legitimidad y de mecanismos de dominación que permitan la existencia de grupos y de relaciones sociales. En relación con la discapacidad, podríamos denominar como Modelo Hegemónico de la Diferencia al que, casi siempre, ha determinado y determina, más que como entender, cómo clasificar las diferencias de producción y de relación social. La deficiencia, siempre concebida como diferencia negativa, será entendida como un distanciamiento de lo normal. Si profundizamos, entonces la comprensión de qué es discapacidad estará estrechamente relacionado con lo que se considera legítimo, propio, consustancial a la sociedad. No en vano, la mirada al discapacitado es, en su generalidad, una mirada, en el mejor de los casos, compasiva e integradora, pero rara vez participativa. Continuando en esta línea, hemos de aceptar que “lo social”, la inercia integradora y normalizante de lo social, desposee al discapacitado de la propiedad de lo propio, valga la redundancia. Esto es fácil de observar en lo permitido o no permitido al discapacitado, lo aceptable o rechazable, es decir, lo que se considera posible o inaceptable. Lo vemos claramente en el espacio que se le permite o que se crea para la vivencia de las emociones y de la sexualidad. El cuerpo del discapacitado no es un cuerpo propio, es un cuerpo que pertenece a lo no legítimo del orden social; el cuerpo del discapacitado escapa, en lo general, al orden y al tiempo social y que, aunque sin contravenirlo, no tiene cabida en la espiral de producción social y de construcción de normalidad. El cuerpo del discapacitado

encarna un cuerpo improductivo y, por tanto, carece no solo de normalidad reconocida sino de potencialidad de reconocimiento. ¿Será por esto que el orden de la producción económica es el orden que impera en la atención a la discapacidad? Las mismas palabras que nombran la diferencia o la dificultad son en sí mismas exponentes del orden productivo: capacidad – discapacidad, hábil – inhábil.

Es preciso citar aquí a Carolina Ferrante⁹¹ por sus interesantes apreciaciones sobre la construcción social de la discapacidad. Confronta de un modo muy sensible, afectivo y respetuoso el lugar social asignado a la discapacidad, su sentido excluyente y el lugar de la subjetividad de la persona con discapacidad. Carolina expone que las personas con discapacidad se desarrollan en un lugar de exclusión y de dominación social, en una denominación marginalizante. Dice que la dominación de las personas con discapacidad es posible porque su identidad le es impuesta por el Modelo Médico Hegémónico:

(...) en este sentido, si las expectativas tienden a percibir al cuerpo discapacitado como un cuerpo enfermo, añorado y asexuado, es porque constituye un destino social no deseado y conduce a sus portadores al desclasamiento... La resignación de no poder percibirse más que como sujetos de esa relación de dominación, conduce a la lógica de la impotencia⁹².

En este sentido, nos argumenta que la atención rehabilitadora con la discapacidad, en gran medida, responde a una lógica de la mentira, ya que la rehabilitación se enmarca desde un modelo productivo y no tanto desde la perspectiva de las necesidades de la subjetivación. Este proceso proviene de una “violencia simbólica” que el poder social ejerce sobre las personas con discapacidad y que también denomina “proceso de discapacitación”⁹³. Se podría deducir que un efecto claro de esa “violencia simbólica” es el secuestro de la subjetividad de la persona con discapacidad. Hemos de precisar que Carolina realiza esta argumentación para describir al sujeto con discapacidad física, pero consideramos que, plenamente, estas consideraciones son muy propias para la discapacidad psíquica.

⁹¹ Ferrante, Carolina. *Cuerpo, discapacidad y violencia simbólica: un acercamiento a la experiencia de la discapacidad motriz como relación de dominación encarnada*. Recuperado de <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/352>

⁹² Ibidem, p. 29

⁹³ Ibidem, p. 23

ENFOQUES/ACTITUDES	MODELOS HISTORICOS ENFOQUES /ACTITUDES
PASIVAS: INMODIFICABILIDAD	ACTIVAS: MODIFICABILIDAD
CAUSAS INTOCABLES	CAUSAS NO INTOCABLES
NEGATIVISMO /PESIMISMO	CONCEPCION POSITIVA /OPTIMISMO
ACEPTACION PASIVA / RESIGNACION	TRATAMIENTO / EDUCABILIDAD
SEGREGACION /MARGINACION	INTEGRACION /ACEPTACION
MODELO DEMONOLOGICO	
CAUSAS AJENAS / EXTRAÑAS	CAUSAS DESCONOCIDAS
FRUTO DEL PECADO /DEMONIO	PRACTICAS EMPIRICAS
INFANTICIDIO /HOGUERAS	CIRUGIA DE LOS HUESOS
VENTA /MUTILACIONES	TECNICAS PROTESICAS
RESIGNACION /APARTAMIENTO	HOSPITALES /ASILOS
MODELO ORGANICISTA	
CAUSAS NATURALES	CAUSAS NATURALES
CLASIFICACION / ETIQUETADO	TRATAMIENTOS MEDICOS
ALARMA EUGENESICA	SORDOMUDISTICA/INSTRUCCION
BENEFICENCIA / ENCIERRO	REGENERACION DE POBRE
INSTITUCIONALIZACION	TRATAMIENTO MORAL
MODELO PSICOLOGICISTA	
CAUSAS PSICOLOGICAS	CAUSAS PSICOLOGICAS
CLASIFICACION / ETIQUETADO	TRATAMIENTOS / PROGRAMAS
DETERMINISMO DEL CI	MOVIMIENTO REHABILITADOR
SUBNORMALIDAD /ANORMALIDAD	MODIFICACION DE CONDUCTAS
TRAUMAS / REGRESION	POSIBILIDAD DE APRENDIZAJE
MODELO SOCIO –AMBIENTAL	
CAUSAS SOCIO-AMBIENTALES	CAUSAS SOCIO-AMBIENTALES
FASES DE REACCION A LA DISCAPACIDAD	PREVENCION / ESTIMULACION PRECOZ
INTEGRACION "POR DECRETO"	INTERVENCION COMUNITARIA
ACTITUDES NEGATIVAS	ASOCIACIONISMO
MARGINACION	DESINSTITUCIONALIZACION
MODELO BIO -PSICO-SOCIAL	
CAUSAS BIO-PSICO-SOCIALES	CAUSAS BIO-PSICO-SOCIALES
"PENSION", UNICA SALIDA	INTERACCION DE FACTORES
CENTROS DE EMPLEO ESPECIAL	TRATAMIENTOS MULTIMODALES
ACTITUDES NEGATIVAS	REHABILITACION PROFESIONAL
MARGINACION	NORMALIZACION / INTEGRACION

Síntesis de las orientaciones históricas del enfrentamiento ante la deficiencia⁹⁴

⁹⁴ Aguado Díaz, A.L., *Historia de las deficiencias*. Fundación Libre Editorial. p, 264. Fundación ONCE

Coincidimos con el autor, en relación con tales modelos históricos⁹⁵, en varias matizaciones:

En primer lugar, no cabe hablar de linealidad acumulativa, sino más bien de superposición de características e, incluso, de modelos. Es decir, junto a las nuevas concepciones subsiste parte, si no todo, del/os modelo/s anterior/es. Al respecto cabe preguntarse si el modelo demonológico está totalmente erradicado. En segundo lugar, dualidad contradictoria de los modelos, en especial por el progresivo desgaste y deterioro de lo inicialmente positivo: p.e., el carácter activo que inicialmente presentan las instituciones manicomiales, pensadas para la reinserción social, se transforma en algo totalmente pasivo, el gran encierro.

La historia demuestra que la integración de los deficientes no depende de su capacidad, sino de las necesidades de la sociedad, o, para ser más precisos, del contexto social. Quien lo dude, que mire lo que ocurre en la Segunda Guerra Mundial en los Estados Unidos de América. Y también se puede ser diagnosticado como deficiente mental, ser seleccionado por el ejército, recibir un entrenamiento suplementario y adaptarse a las fuerzas armadas; estar institucionalizado y comportarse correctamente en la guerra y gozar de al menos un ascenso; ser diagnosticado como deficiente y rendir servicios aceptables en el ejército; ser pupilo de una institución y convertirse en operador de maquinaria en industrias de guerra, en montador de dispositivos elevadores, en montador de fusibles, en pintor de granadas, en montador de balas, e incluso, en inspector de camiones, etc., etc..

⁹⁵ Ibidm. P. 265

Capítulo 4. PARADIGMAS DE COMPRENSIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Podemos considerar que paradigma es un modo estructurado de pensamiento que poibilita una forma de comprender, indica los abordajes adecuados, el objteo de investigación y anticipa los modos de comprobación de las hipótesis planteadas.

Un paradigma es también una red compleja de conceptos que se relacionan entre sí y que proponen un modo de comprender la realidad y de actuar sobre ella. La consecuencia de su planteamiento supone lo siguiente:

- a) modifica la significación de los conceptos establecidos
- b) define los temas a investigar
- c) decide acerca de cuáles son los problemas pertinentes y las soluciones legítimas
- d) introduce nuevas formas de práctica y modifica la experiencia

El término “discapacidad” está vehiculizado, desde su origen, a dos modelos o dos paradigmas de comprensión: *paradigma del déficit* y *paradigma social*. Quiero precisar que no son solo dos modelos, son dos modos de ajustar y de dar un lugar subjetivo y social en la vida comunitaria a las personas que tienen alguna diferencia de funcionalidad. Podríamos añadir otro paradigma para pensar y para actuar con la discapacidad, que sería el de la Clínica. Voy a describir, entonces, los tres paradigmas señalados y que dan lugar a modos distintos de construir y de atender la discapacidad:

4.1. Paradigma del déficit

En el paradigma del déficit, se promueve la interrelación entre las las evaluaciones cualitativas y cuantitativas; en este caso, se evalúa a las personas con limitaciones funcionales, con un patrón o modelo sancionado como normal. La atención desde este paradigma se realiza desde las actitudes de compensar, reemplazar, dar lo que falta. En este sentido, la discapacidad podría entenderse como “*discapacidad como falta*”. En esta línea, la discapacidad es entendida desde la perspectiva de lo individual y necesitada de una asistencia.

Si entendemos la discapacidad desde la perspectiva de la falta, entonces nos situamos en la línea de la problemática de lo que que tiene, del tener. Pero hemos de tener muy en cuenta que de este modo, la falta no queda solo del lado de lo que puede faltar, sino que se convierte en el eje del sujeto y, entonces, quedaría del lado del Ser; y, consideramos que eso es lo más negativo, ya que no queda del lado de lo que podemos conseguir, sino de una falta de lo irrellenable.

Este paradigma se puede abordar desde tres modelos: modelo médico/modelo de educación/modelo de salud.

Desde el **modelo médico**, se aborda la discapacidad como algo que pertenece al déficit de la dotación orgánica e, inevitablemente, se alimenta lo imaginario de lo irrecuperable, de lo inferior, de lo imposible, de lo que no está y no va a estar. No se puede restar importancia a lo indispensable del tratamiento médico cuando proceda. Es un modelo que debe ser complementario con los demás. Lo peligroso de este modelo es que, desde la prevalencia de lo orgánico, se alimenta de un modo invisible la limitación de la capacidad para vivir las emociones, las motivaciones, las ilusiones, el aprendizaje, ..., considerando que todo se debe a un resultado del funcionamiento orgánico.

Este paradigma del déficit también ha tenido una influencia grande en el modelo educativo. Si bien, el modelo educativo ha sido un pilar básico para la progresión en las concepciones de la discapacidad, por otra parte, ha funcionado demasiado el pensar la *discapacidad como falta*, es decir, tratar de *rehabilitar* la falta con nuevos aprendizajes que obviaban la singularidad y subjetividad de la persona tratada. Durante mucho tiempo, el modelo educativo ha sido un modelo de la compensación y la reparación, tratando de “dar” y olvidándose de lo que “tiene” el discapacitado; desde este modelo, parecería que se trata de “crear” un nuevo sujeto, “adecuándolo” a su medio ambiente. Es una propuesta bien intencionada y de gran calado social, aún hoy en día, pero a la que tendremos que hacer algunas matizaciones y que, claramente, iremos viendo en las siguientes páginas.

Desde el modelo de salud, la discapacidad siempre ha sido una “afrenta”, ya que se resiste a los tratamientos. La discapacidad pone en riesgo la credibilidad del modelo de salud, por el que todos quisiésemos creer que todo es posible de curar y de modificar. Aunque no tanto como la muerte, la discapacidad pone un límite al poder médico: no se sabe bien de dónde procede ni cómo eliminarla; siempre está de por medio la persona discapacitada y su saber hacer, su reconocimiento en su hacer, en suma, su diferencia.

En una población regida por el *paradigma del déficit*, no hay conciencia de la propia potencia: “*los que pueden son siempre los otros*”⁹⁶, premisa errónea que alimenta dos falsas ilusiones: del poder de unos y la impotencia de otros. “Los discapacitados piensan que los que pueden son sus padres. Los padres, creen que los que pueden, son los profesionales. Los profesionales podrían, pero piensan que los directivos tienen que habilitarlos. Los directivos podrían habilitarlos, pero piensan que no tienen los “recursos”, y que los únicos que pueden son los *agentes gubernamentales, que resultarían ser quienes realmente deciden y habilitan lo que se puede*. Los miembros de los gobiernos nunca tienen presupuesto suficiente y, los que pueden, son los de los países ricos (ante quienes piden subsidios, como los discapacitados en su propio país).

Hasta los años de 1960, la discapacidad fue tratada de modo casi exclusivo desde la perspectiva médica. A partir de ahí, se dio más cabida a los abordajes de tipo social. Se podría decir que al tratarla de un modo muy importante desde el paradigma del déficit, prolongan la discapacidad aún con la intención de prevenirla o aliviarla.

Desde el paradigma del déficit, de lo que falta, se realizan intervenciones dirigidas a rellenar, a completar, a sustituir ese déficit. De este modo, socialmente se les identifica con aquello que les falta y se le deja en el lugar de hacer por ellos lo que no pueden hacer. Así, las intervenciones, aún con la mejor de las intenciones, están determinadas, explicitándolo o no, por un techo, y que no resulta posible sobrepasarlo. Es más, podríamos decir que, en general, lo peor ya no es el techo, visible o de cristal, sino que el enfoque de atención va dirigido a la falta y no tanto a su desarrollo integral. El paradigma

⁹⁶ Andrea Aznar, Diego González Castañón, ITINERIS *Talleres de Capacitación Institucional en Discapacidad*

del déficit ordena y clasifica las atenciones; se podría decir que la falta es lo importante y, por tanto, es en función de ella que se organiza la atención.

El *modelo del "déficit"* domina el tiempo y el modo de vivir *las diferencias de las diferencias*, así como de que las personas con dificultades o con diferencias puedan vivirse, puedan vivir su diferencia, su individualidad, y, también, sus semejanzas.

Estamos demasiado acostumbrados a pensar esto de la discapacidad desde la óptica, no solo de lo diferente, sino desde lo negativo; sin embargo, a poco que nos pongamos a pensar, rápidamente podemos evidenciar que hay muchas más cosas en las que nos asemejamos que en las que diferenciamos. Diferenciamos en cuestiones de funcionalidad y, sin embargo, nos asemejamos en las necesidades subjetivas, en las necesidades emocionales, en las necesidades de trascendentalidad, en las ilusiones, en las decepciones, en el amor, en el odio, en la necesidad de proyectos de vida, etc. Me pregunto entonces sino será esa cantidad de semejanzas y lo inseparable de lo imaginario de sus dificultades, es decir, de sus diferencias, lo que nos lleva a sentir la imperiosa necesidad de encontrar brillo en lo poco que nos separa y en hacer opaco todo lo que nos asemeja. Podemos recordar aquí lo que apostillaba Freud con respecto a lo intolerable del sujeto en sus diferencias; decía que era el narcisismo de las pequeñas diferencias lo que motivaba los grandes conflictos.

La cuestión de las minusvalías, el retraso mental, la discapacidad,..., casi desde su inicio, salvo en la época de vincularla a lo religioso, ha tenido la consideración de "enfermedad", de estar determinada por lo corporal, lo genético, lo biológico. ¿Cómo la pensamos hoy en día? Diría que todavía está muy presente ese modelo, tanto para el mundo médico como para el psicológico y pedagógico. Hay que tener mucho cuidado para no dejarnos llevar a supuestos que no se sostienen por sí solos; evidentemente, la dotación genética y el funcionamiento biológico y neuronal del cuerpo, es una cuestión indispensable para que podamos tener un sostén suficiente. Ahora bien, un sostén suficiente no es un sostén único, ni mucho menos. Cada vez tenemos más pruebas de la enorme capacidad del organismo para compensar el déficit y para prevenir y organizarse ante problemas de funcionamiento. La cuestión de importancia a partir de tener esos mínimos, es que si

tenemos un cuerpo, nuestra vivencia del mismo es cómo lo sentimos, cómo le damos vida, cómo lo utilizamos, cómo lo emocionamos.

Desde el modelo del déficit podemos destacar dos modos de acercarse a la cuestión de la discapacidad:

- La presencia de la pérdida y
- La ilusión de la completud.

Decimos la presencia de la pérdida porque lo que domina el espacio es lo que falta y no tanto lo que se tiene. En lo concerniente a la “ilusión de completud”, se ofrece una posición alienante en torno a la falta, ya que la completud, es decir, la satisfacción es el relleno o la reparación de la falta.

En el paradigma del déficit, *¿lo deficiente no será la falta de reconocimiento subjetivo y de su subjetividad?* La contrapartida del paradigma del déficit es el paradigma de la diferencia, o también como se podría llamar “de los apoyos”. Desde el paradigma de la diferencia, se atiende a las peculiaridades del sujeto y no tanto a clases o diagnósticos. . El concepto de Calidad de Vida se inscribe en el paradigma de la diferencia porque orienta la provisión de servicios a las personas-sujetos singulares- y sus familias, y no a grandes grupos uniformes por definición.

4.2. Paradigma social

Desde una perspectiva contrapuesta, el paradigma de lo social anglosajón, comprende a la discapacidad como el resultado de la inadecuación de la estructura social a las necesidades de las personas con discapacidad, inadecuación que solo puede ser entendida al interior del sistema capitalista desde el cual los “discapacitados” constituyen mano de obra no productiva (Ferreira, 2008)⁹⁷.

⁹⁷ Ferreira, M. A. V. (2008): “Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos”, REIS, Revista Española de Investigaciones www.accioncolectiva.com.ar, Disponible en: http://www.um.es/discatif/TEORIA/AMS08_Ferreira.pdf

La peculiar condición de vulnerabilidad de la persona con discapacidad se evidencia de manera especial en el desarrollo de su relación con lo social. Es lo que podríamos llamar su “ser social”, poniendo especial relevancia en las diferencias y desventajas en las relaciones intersubjetivas, en las que la diferencia y desventajas de la persona con discapacidad se pone de manifiesto de manera especial en el despliegue de su *ser social*, en las relaciones intersubjetivas, en las que “no se encuentra” en unos códigos y valores que les son ajenos.

Las personas con discapacidad han sido *miradas*, por el imaginario social, desde el paradigma del déficit. Desde este paradigma de lo social, generalmente, también se aborda desde la cuestión de la falta. Tenemos tres modos desde donde se trabajó este marco de lo social⁹⁸:

- De la rehabilitación laboral y profesional,
- Psicoeducativo: el desarrollo integral de las capacidades
- La integración social

Desde la *rehabilitación laboral y profesional* se aborda la cuestión desde dos vertientes que si bien no son antagónicas, pueden llegar a ser alienantes para la persona con discapacidad. Desde hace unos años, se hace un esfuerzo técnico y presupuestario muy importante para lograr la normalización desde la rehabilitación para la integración laboral. No cabe duda de que el valor del trabajo y del intercambio que eso supone, es un valor de vida para todas las personas.

El trabajo supone dos aspectos decisivos en el ser humano. Por una parte, supone la vivencia del desarrollo personal y profesional, y, por otra, todo lo que ello conlleva de comunicación, reconocimiento de los valores personales, participación con otros, modificación de la realidad personal, desarrollo personal, valor de la autonomía, adquisición de bienes, intercambio de bienes y productos de vida social, etc. Este es el medio más natural en el que nos movemos. Ahora bien, para eso tienen que darse unos mínimos de constitución subjetiva y valorar cuáles son sus necesidades más inmediatas y estimulantes. Siendo un referente especial el de la integración socio-laboral, habría que tener muy en cuenta cuáles son las necesidades de ese sujeto y no precipitar valores que

⁹⁸ Dr. Diego González Castañón, recuperado de <http://www.itineris.org.ar/files/file/envejecimientoFamilia.pdf>, p. 4

responden más a criterios de normalidad estadística que a necesidades subjetivas. Muchas personas con discapacidad psíquica, tienen unas necesidades fundamentales previas que veremos más adelante y, si no son trabajadas, los esfuerzos integradores se convierten en un mecanismo más de alienación.

En ese sentido, apostilla *Marcelo Silberkaste*⁹⁹:

Discapacitado es aquel individuo que no puede insertarse plena y fácilmente dentro del sistema de producción de bienes y servicios de una comunidad. La noxa no define. Sí lo hace, su lugar en el sistema social.....El discapacitado está definido entonces desde una perspectiva infraestructural- económica que tiene consecuencias representacionales y simbólicas: el discapacitado, al no insertarse en un sistema productivo, no circula por un sistema de intercambio, es un sujeto fijado. No produce ni reproduce”.

Si se tiene como ideal y como referente máximo la integración socio-laboral, se corre el grave riesgo de aumentar el sentido de la alienación, al forzar un modo de ser y de estar que no corresponde con sus necesidades. Me refiero a personas con una discapacidad de carácter medio o grave, en las que su necesidad es la encontrar un modo de ser, más que las de imitar un modo de estar.

El *modelo educacional o psicoeducativo* es indispensable y ejemplar en la atención que desarrolla. Sin embargo, en muchas ocasiones, da la impresión de que prioriza la restauración de la falta, y dirige sus esfuerzos a la adaptación, incluso a la sobreadaptación. En la aplicación rígida de este modelo, surge el riesgo de convertirse en el guardián de la moral social y en la rigidificación de las normas y de las diferencias. A veces se podría confundir educar con adaptar, si bien, como todos sabemos, educar no es otra cosa que desarrollar la honrosa y ética tarea de potenciar la capacidad de pensamiento y de diferenciación positiva, enfatizando el desarrollo personal desde el máximo respeto a las diferencias. Pero, con esto de la discapacidad intelectual, en muchas ocasiones, en aras de

⁹⁹ Revista Topía, 2005. *La Construcción Imaginara de la Discapacidad: una excusa para una articulación discursiva.*

la educación, en aras del desarrollo del discapacitado, no se hace sino adaptación a las normas sociales y al sistema productivo, tratando de equiparar su bien al bien social, sin tener en cuenta y, por tanto, olvidando las necesidades más evidentes de la persona con discapacidad intelectual. Este sería un modo muy parcial de comprender las necesidades de la discapacidad psíquica o intelectual; es más, diría que es un modo de no comprender las bases éticas del modelo educacional. Tenemos que reclamar de este modelo para la discapacidad lo que lo funda, esto es, las estrategias para el desarrollo de la capacidad de pensar, de imaginar y de ser.

Desde el *modelo de la integración social*, a tenor de la evolución cultural, se percibe la discapacidad psíquica con unos derechos de atención y de facilitar el acceso a su participación óptima en el desarrollo social y comunitario. El punto central es el de la formación en lo que denominamos “habilidades sociales”. De una forma sencilla, podríamos decir que el término “habilidades” hace referencia a un conjunto de capacidades de actuación aprendidas y el término “sociales” las enmarca en un contexto interpersonal.

Tomando las aportaciones de Vicente E. Caballo (1998), afirmamos con él que lo que entendemos como la conducta socialmente habilidosa, se compone del conjunto de conductas emitidas por un sujeto en una relación interpersonal y que se compone de opiniones, sentimientos, emociones o actitudes que siendo respetuosas con los demás, también es capaz de resolver dificultades y evitar problemas.

A la persona con discapacidad no se le van a exigir menos condiciones para su socialización; algunas de sus conductas inadecuadas, al ser vistos con más detalle que al resto de la población, muy probablemente les va a llevar, con mucha frecuencia, al rechazo y a la soledad social. La socialización supone para todos un “esfuerzo” que nos humaniza, esto es, que nos hace entrar en la dinámica de lo interpersonal, la dinámica de la necesidad del otro para poder tener referencias de lo que soy. En el desarrollo del niño, la socialización se va produciendo entre la educación familiar y escolar, y la espontaneidad y ganas de aprender del niño. Va haciendo historia, su historia, y, así, va formando su modo de estar en el mundo; vamos haciendo historia con él y construyendo un relato junto a la familia, un

relato que le ubica en un lugar determinado. Me pregunto si en la educación para la integración social del discapacitado psíquico, la cuestión transcurre del mismo modo. Nos encontramos que él/ella ya tiene su historia y, en ocasiones, en el ánimo de la educación para la integración, podemos obviar los procesos de sus vivencias internas tomando como única referencia los modos de comunicación social. No cabe duda de que la comunicación social es totalmente indispensable para la calidad de vida; la cuestión estriba en el marco de comprensión de salud y de desarrollo. A veces, muchas, da la impresión de que con el discapacitado, solo se tiene un cuenta lo actual entendido desde lo normativo y educativo.

En este sentido, veamos la definición que la OMS da de salud¹⁰⁰: *“Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”* El enfermo pierde la salud ante la presencia de “afecciones o enfermedades”. Es una definición que se encuentra al límite de las ilusiones; nos dice “un estado de completo bienestar”. Es una apuesta ilusionante pero a su vez muy frustrante, ya que ese estado es imposible. Pero hace un guiño a la colectividad: ese estado de completo bienestar queda del lado de lo subjetivo, es decir, de lo privado y nos deja la sensación de poder dominarlo, ocultarlo. Ahora bien, lo subjetivo es un producto social y es lo social lo que va a determinar si procede o no, si podemos o no, si sentimos o no tal o cual cosa. Por una parte, parece que nos deja la libertad de lo subjetivo, que bien podría decirse que nos deja escrito, de un modo invisible, nuestro modo de vivir lo íntimo; lo curioso es que nos sentimos libres en lo íntimo, sin embargo, lo íntimo es lo público. El ciudadano de la normalidad estadística tiene, a veces, la sensación de propiedad de lo que siente y piensa, de cómo es su vida. ¿Pero cómo se siente respecto de la salud social y personal aquél ciudadano con unas cualidades manifiestamente diferentes desde el paradigma del “déficit”? ¿Quién es diferente en esa definición de salud? : el minusválido, el discapacitado, porque le falta un “completo bienestar físico, mental y social”. Si bien la enfermedad es “pérdida de la salud”, *hay personas que también pierden la salud a pesar de no existir enfermedad o lesión actuales. Son los minusválidos, los discapacitados.*

¹⁰⁰ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.

Un matiz importante en este modelo de salud y que tenemos que destacar con toda su importancia, es la cuestión metafórica del *maravilloso* concepto de salud: salud nos lleva a dos referentes determinantes para el ser humano: *la vida y la muerte*, por un lado, y, por otro, *lo bello y lo feo, lo bueno y lo malo*. Alrededor de esos dos conceptos se elabora la vida individual y comunitaria, es decir, el modo de vivir y de sentir, de comunicarse, de relacionarse, de satisfacerse, de comprometerse, en suma, de respetar y aceptar la diferencia.

El concepto de la vida y la muerte es esencial en la vida de cada persona. De la muerte no tenemos una experiencia directa; Freud nos dice, que el sujeto incorpora la idea de la muerte en función de sus vivencias de las “pérdidas” que vaya teniendo y cómo las pueda ir elaborando. En la idea de la vida, nos sujeta la frustración de las pérdidas y esto es lo que nos aterra de la vivencia de las diferencias. La pérdida de objetos nos supone el esfuerzo de ir desplazando los afectos y los vínculos a otros objetos. En la pérdida de personas queridas para nosotros, no nos queda otra que distribuir en otras cosas y/o personas los afectos que depositábamos en la persona perdida. Esto sí nos da una dimensión de que hay pérdidas irre recuperables, aunque esto ya lo aprendimos en las primeras relaciones con nuestro cuidador principal, siendo precisamente “eso” que perdíamos lo que nos hizo sentir afecto. Pues bien, desde el modelo del “déficit”, desde la diferencia negativa, no solo estamos viendo otros aspectos de la vida humana, sino que estamos en frente de lo que más tememos y es *sentir nuestra propia vulnerabilidad*. Cualquier diferencia ante otro, hace resurgir lo más vulnerable de uno mismo. Cuando desde el orden social se construyen parámetros claros de déficit, lo subjetivo, lo íntimo de cada uno se siente gravemente amenazado. Podríamos poner y analizar numerosos ejemplos, siendo uno muy actual la complicada y contradictoria construcción social sobre el inmigrante. La visión de la discapacidad nos pone directamente en relación con la “pérdida”, y si bien, se queda en una sensación ambigua, es sensación de pérdida de algo irre recuperable; entre la sensación de vulnerabilidad y de pérdida, el sujeto adopta una posición de defensa y de lejanía.

El segundo referente importante en este modelo de salud es el de *belleza y fealdad, de lo bueno y lo malo*. Observamos que tanto en el anterior referente como en este, nos situamos en los polos opuestos. La imagen de belleza nos lleva directamente a la idea de lo

bueno, lo generoso, lo bondadoso, lo seducible, lo deseable. Es aquello que, en apariencia tiene una existencia por sí misma, por sus valores propios, por su naturaleza; lo bello nos acerca a la idea de lo trascendental, lo limpio, lo sensato, la felicidad, lo saludable, lo sensible, lo permanente, lo imitable, la ausencia de la pérdida. Por el contrario, la fealdad nos lleva a todo lo contrario: lo indeseable, lo malo, lo rechazable, lo insensato, la desdicha, lo no deseable, lo insensible, lo sucio, lo incontrolado, lo incontrolable, lo percedero, lo enfermo, la presencia de la pérdida. Cuando miramos la discapacidad, a tenor de la construcción social que la define y construye, no es difícil adivinar en qué parámetros la recibimos. La persona con discapacidad, inconscientemente, nos devuelve el sentimiento de inquietud, de temor al contagio abrigados al amparo de los temores internos. De hecho, como sabemos, la imagen social de la discapacidad siempre ha sido alrededor de lo execrable, y cuando más cerca ha estado de la vida comunitaria, ha sido desde el bufón o la esclavitud.



Alegoría de la Belleza, de Cesare Ripa. La Belleza es una mujer desnuda con la cabeza oculta entre nubes (símbolo de lo subjetivo de la belleza); en la mano derecha lleva un globo y un compás (la belleza como medida y proporción), y en la izquierda una flor de lis (la belleza como tentadora del alma, igual que el perfume de una flor).

Es significativo que sólo existiera un dios con defecto físico, Hefestos, el hijo de Zeus y Hera, el “ilustre cojo”. El discurso ideológico que nos narra la vida de Hefesto, lo sitúa como un personaje con orígenes desfavorables que serían la consecuencia de su marca, de su discapacidad, de su exclusión: “Su madre, Hera, lo dio a luz *sin tener contacto sexual previo*, con el motivo de mortificar a su marido Zeus. Parece ser que su objeto fue vengarse porque Zeus había dado vida a Atenas sin su asistencia. Y así fue que Zeus cometió una especie de infanticidio al privar del cielo a su hijo.” Como era tan feo, sus padres decidieron arrojarlo desde el Olimpo a la tierra. Siete días demoró en llegar, y fue recogido por Tetis que lo cuidaron, y le salvaron la vida. Pero sus piernas no tuvieron

arreglo y quedaron deformadas. Se convirtió en un brillante artesano. Un día Hera se encontró con Tetis y alabó un broche bellísimo obra de Hefestos. Cuando Hera se enteró que era obra de su hijo, se sintió muy arrepentida y se lo llevo de regreso al Olimpo. Zeus y Hera, no sabían cómo reparar su error....así que le dieron como esposa nada menos que a la bella Afrodita.

“Afrodita, la diosa del amor, se apiada de Hefesto y se casa con él. Pero el matrimonio no duró y la diosa toma como amante a Ares, porque su marido era un lisiado. En la Odisea, luego de que su hermosa mujer Afrodita le ha sido infiel, Homero hace decir a Hefesto que nadie era responsable por el hecho su ser defectuoso, excepto sus propios padres, y que ellos nunca debieron haberle hecho nacer (de hecho nació sin encuentro de deseo de los padres)¹⁰¹”.

Las consecuencias, en un sentido general, son la exclusión y, en particular, la exclusión del campo del encuentro con el otro: incapacidad de amar e incapacidad de reproducirse; el destierro de la esterilidad. El ser concebido sin encuentro sexual nos evidencia la concepción imaginaria de que en la discapacidad hay un no-deseo que le marca de por vida. Ante la presencia de la discapacidad, hay un evidente desencuentro con lo esperado y lo esperable; la cuestión está en qué factura se ha de pagar.

Tanto en la locura como en el retraso mental, la sociedad siempre se ha sentido cuestionada, porque la pone en contacto con lo indecible del ser humano, con lo más privado e irreductible del sujeto, con el temor a la desmembración social, a lo diferente, a lo íntimo. Tanto la locura como el retraso mental, evidencian la vulnerabilidad de la construcción social, ya que escapa a su control. Tanto una como la otra, son un reflejo del fracaso del desarrollo social, el fracaso del poder social. En la construcción comunitaria, lo estadísticamente normal se convierte en refugio y en norma, y la diferencia no se puede incorporar, siendo entonces necesaria la segregación y convertirles en “los otros”. Si abundamos un poco más, podremos decir que justamente la socialización, lo comunitario, se construye por temor al vacío de la diferencia.

¹⁰¹ http://www.um.es/discatif/TEORIA/Patricio_Hefesto.pdf

Si bien la locura apunta al descontrol y la desinhibición, el retraso mental señala lo imposible, el aislamiento, la decepción. Se ha concebido al loco desde la difícil educación y reinserción, manteniendo la sospecha de unos resortes de personalidad poco modificables. Sin embargo, en el retraso mental, la actitud que ha despertado es otra; es la de ser más moldeables. Ahora bien, tanto en uno como en otro, la “supuesta normalidad” les ha *despersonalizado* frecuentemente, ya que al poner como objetivo de mejora su “integración a la normalidad”, se han obviado sus sentimientos y sus mecanismos de vivencia y de comprensión.

Las personas con discapacidad han tenido que ir adecuándose al medio que les definía, al medio que les sujetaba. Querría mencionar aquí una de las tradiciones populares del discapacitado en la Edad Media y Moderna, y aún hoy en la actualidad, y es su ligazón a la mendicidad, como uno de los pocos lugares de cierta “utilidad” que se les permitía, que se les dejaba; hasta tal punto, que hubo que regular el ejercicio de quién y cómo se practicaba la mendicidad, ya que creaba situaciones monstruosas, como el tráfico de niños deformes o deformados de intento para mejor mover a caridad, teniendo que legislar y aplicar normas perfectamente tipificadas que han dado origen a un verdadero “arte” o “ciencia” denominado **Bibiatria**. Unas Ordenanzas Mendicativas figuran en el Guzmán de Alfarache¹⁰² (Libro III, capítulo 2), y a ellas sigue, poco después, una donosa serie de tretas y de fingimientos para aparentar invalidez....

Ítem mandamos que ningún mendigo, llagado ni estropeado, de cualquiera destas naciones, se junte con los de otra, ni alguno de todos haga pacto ni alianza con ciegos rezadores, saltaembanco, músico ni poeta ni con cautivos libertados, aunque Nuestra Señora los haya sacado de poder de turcos, ni con soldados viejos que escapan rotos del presidio, ni con marineros que se perdieron con tormenta; que, aunque todos convienen en la mendiguez, la bribia y labia son diferentes. Y les mandamos a cada uno dellos que guarde sus Ordenanzas.... Demás desto, enseñóme a fingir lepra, hacer llagas, hinchar una pierna, tullir un brazo, teñir el color del rostro, alterar todo el cuerpo y otros primores curiosos del arte, a fin que no se nos dijese que, pues teníamos fuerzas y salud, que trabajásemos. Hízome muchas amistades. Tenía secretos curiosos de naturaleza con que se valía. Nada escondió de mí, porque le parecía capaz y entonces comenzaba; y como ya él estaba el pie puesto en el estribo para la sepultura, quiso dejar capellán que rogase a Dios por él. Así fue, que luego se murió.

¹⁰² Alemán, Mateo. *Guzmán del Alfarache*, p. 242. Ed. Akal, 1996

Edmund Burke (2005), en *Indagaciones filosóficas sobre el origen de nuestras ideas sobre lo bello y lo sublime*, retomó la teoría de Shaftesbury de la simpatía como identificación emocional. Dice Burke que la belleza no se relaciona con ideas abstractas, sino con el sentimiento. Se opuso a la belleza como proporción, destacando nuevas cualidades como la pequeñez, la delicadeza, la variedad, la pureza, la elegancia, etc. El gusto, como la belleza, es una experiencia gradual, que se puede educar, pero que no se puede reducir a una medida reglamentada. Para Burke, el arte es una manifestación del sentimiento, que produce placer. Estudió igualmente lo sublime, que describió como un temor controlado que atrae al alma, presente en cualidades como la inmensidad, el infinito, el vacío, la soledad, el silencio, etc. Burke calificó la belleza como «amor sin deseo», y lo sublime como «asombro sin peligro». Así, creó una estética fisiológica, ya que para Burke *la belleza provoca amor y lo sublime temor, que pueden sentirse como reales*. También introdujo la categoría de lo «patético», emoción igualable al placer como sentimiento, que proviene de experiencias como la oscuridad, el infinito, la tormenta, el terror, etc.

4.3. Paradigma de la clínica

Decimos con mucha repetición que el interés superior en la atención a las personas con discapacidad es el de aumentar su Calidad de Vida, y no solo en relación a lo social sino a lo subjetivo, es decir, a la cualidad de vivencia personal.

Ahora bien, tomar el concepto de *Calidad de Vida* como un concepto subjetivo, supone tener en cuenta todo aquello que tiene que ver con la construcción de la subjetividad. La *construcción del espacio psíquico interno*, que es otro modo de decir la construcción de la subjetividad, es un tiempo de desarrollo de lo singular e implica tomar en serio lo que subjetividad significa.

Retomando las aportaciones del Dr. Diego González Castañón, se pueden reconocer cinco componentes de la subjetividad: el cuerpo, la mente, los otros (la familia, la sociedad, la red social de pertenencia), la historia y la materialidad de los encuentros. Estos cinco elementos se interrelacionan en forma dinámica a cada instante y a lo largo del tiempo. Las familias, los profesionales, los formadores y ejecutores de políticas y las personas con

discapacidad no interactúan como ladrillos en una pared, sino como diferentes corrientes cuyo resultado es un conjunto de identidades personales, prácticas institucionales y relaciones sociales que reflejan la subjetividad de cada uno de los actores sociales.

Para poder comprender al sujeto tengo que reconocerle en su historia, en sus igualdades y diferencias. Es obicio que para comprender a un sujeto se necesita mucho tiempo. En este sentido, podemos defender que un sujeto no es un individuo; el sujeto convive con la subjetividad, llena de historia y de historias, de vínculos y afectos, mientras que el individuo se encuadra como dentro de un colectivo, reseñándolo las características comunes o diferenciales. Con mucha frecuencia, evaluamos definitivamente a las personas con discapacidad en pocas entrevistas, en general, no más de tres. En muchas ocasiones, se utilizan los tests y nos es suficiente para creer que le hemos diagnosticado con precisión.

Por lo general, las personas con discapacidad mental y sus familias suelen ser atendidas desde una propuesta de colectivo más que de sujetos y, por ello, les es difícil poderse pensar como sujetos, poder pensar la dificultad desde la singularidad subjetiva. Con mucha frecuencia se acoplan a lo que se les dice, acomodándose a las indicaciones profesionales. Ello nos lleva a tener que plantear nuestro trabajo en la línea de la desadaptación a esas posiciones alientantes, donde lo subjetivo se oscurece en virtud de la norma.

Calidad de Vida se refiere a *la satisfacción que la persona siente con su propia vida*. Por ser una experiencia subjetiva o un sentimiento, la calidad de vida puede ser algo en lo que las personas piensan o no. Probablemente en algunos momentos especialmente intensos, pensemos en nuestra calidad de vida, aunque la mayoría de las personas no usaría la frase **Calidad de Vida** para describir sus sentimientos sobre su propia existencia.

Sobre las cuestiones a plantearse, la licenciada Aznar¹⁰³ percibe tres etapas en nuestro trabajo.

- En una primera, los esfuerzos están centrados en los *procesos de desalienación*: La aparición de una conciencia de sí mismo, una identidad estable y mudable, y de las diferencias y similitudes con respecto a los otros.

¹⁰³ González Castañón, Diego, <http://www.itineris.org.ar/files/file/envejecimientoFamilia.pdf>, p, 5.

- En la segunda, el surgimiento de intereses y motivaciones propias. La motivación implica un sujeto y su actividad para relacionarse con un objeto del que tiene conocimiento.
- En la última, la construcción de un proyecto personal de vida, cuya expresión técnica más acabada es la elaboración de una Planificación Centrada en la persona.

¿Cuál es la mirada de los otros hacia los que son diferentes? ¿Qué significa serlo? Según el Diccionario de la Real Academia, “ser diferente” es “ser distinto”. La *diferencia* es la cualidad por la cual una cosa se *distingue* de otra. Etimológicamente, la palabra en cuestión proviene del verbo latino “*differo*”, entre cuyas varias acepciones encontramos las siguientes: “llevar en diversos sentidos”, “ir por otro camino”.

Es así que podemos resumir que una persona “diferente” es alguien que, por determinadas circunstancias que le sobrepasan, se desarrolla en un estilo y condiciones de vida que no se corresponden con la mayoría que denominamos normal, en relación con la norma estadística. Pero, ¿cuál es el límite que marca esa singularidad? ¿Qué parámetros estamos tomando en cuenta? ¿Desde qué lugar lo medimos?

La distinción anterior en tres etapas no responde a la realidad funcional. En realidad, las tres etapas tienen que ver indisolublemente entre sí y no tienen sentido unas sin las otras. En verdad, no se podría construir un proyecto personal desde una posición alienada. Una planificación de carácter integral tiende, por su propio dinamismo, a facilitar que la persona se encuentre con los otros. Es por ello que podemos definir que una inserción e integración positiva, se desarrolla de un modo silencioso y gratificante.

Capítulo 5. SUBJETIVIDAD Y DISCAPACIDAD PSIQUICA

Quisiera abordar ahora el tema tan importante de *la subjetividad*, y que es el elemento fundamental para pensar la discapacidad. El proceso de subjetivación tendría su equivalente en lo que podemos designar como elaboración y transformación. Para desarrollar esto, comenzaré exponiendo que el sujeto se constituye y se mueve constantemente entre dos pasiones: la de la semejanza al otro y la de la diferencia.

Pasión de la semejanza: es todo aquello que me permite sentir que soy, que parezco, que aparezco, que estoy. El sujeto psíquico se constituye en primer lugar desde el interés por la semejanza, hecho a imagen y semejanza del deseo que lo constituye, hecho a imagen y semejanza del deseo ilusionado. Este interés por la semejanza es lo que nos lleva al deseo, y, también, a la pregunta por la diferencia, aunque, en principio, fundamentalmente, para anularla. La semejanza sería un desarrollo parecido al de la fusión, que no es otra cosa que el intento de participar en la génesis del deseo, de la vida. Ahora bien, habría que precisar que la semejanza no es exactamente la fusión; en la semejanza hay una insistencia en parecerse, y, por tanto, hay ya, una diferencia, algo que insiste en la igualdad pero sin conseguirla, algo que remite a que la fusión no es posible y que nos lleva inexorablemente a que la existencia es un modo de ex-sistir. Retomamos aquí el trabajo de Jacques Lacan en el Seminario 22 cuando introduce los conceptos de “Real, Simbólico e Imaginario”:

*La **ex-sistencia** es una vida fuera de la existencia, porque su fundamento viene del exterior(...) si la ex-sistencia se define, en relación a una cierta consistencia, si a final de cuentas, no es sino ese afuera, que no es un no adentro, si esa ex-sistencia es de alguna manera ese algo alrededor del cual se evapora una sustancia, (...), de eso no resulta menos que la noción de una falla, que la noción de un agujero todavía en algo tan extenuado que la ex-sistencia conserva su sentido, que ya les dije (...) que hay en lo Simbólico un reprimido, hay también en lo Real algo que hace agujeros, hay también en lo Imaginario – Freud bien se ha dado cuenta de eso – y es precisamente por eso que él ha refinado todo lo que es de las pulsiones en el cuerpo como estando centrados alrededor del pasaje de un orificio a otro.*

En este pasaje, Lacan hace una definición relacional de la ex-sistencia, y en esa relación está implicada "una cierta consistencia". Si algo ex-siste, según el término heideggeriano, existe afuera, y aquí podemos decir afuera de la consistencia. Pero no es solamente un lugar afuera, pues añade que "*no es un no adentro*". *Ex-sistir es existir en una posición de ex-centricidad en relación a algo.*

Pasión de la diferencia. Esto daría pie a la búsqueda de *la diferencia*, de lo singular, de lo propio, de lo íntimo, de lo que me pertenece por derecho propio, de lo que vivo, de lo que siento, de lo que me emociono, de la señal de mi existencia; sin embargo, toda la vida nos la pasamos en la ex-sistencia, en el intento de construir un espacio para existir. Diría que este espacio no es otro que el de la posibilidad de construir. La ex-sistencia nos indica que la propia existencia es un poco prestada por el Otro, como el funambulista con una cuerda que le sostiene pero sujeta por ambos extremos.

El trabajo de elaboración ha de "ordenar-se" entre esas dos pasiones¹⁰⁴, conlleva el temor, *el pavor a lo informe* que resulta de ese intento. No hay mayor pánico del sujeto que perder "la forma", que sentirse desbordado. Diría que el trabajo del deseo no es otro que ese: evadir lo informe que nos subyace, la imposibilidad de concretar la subjetividad. La discapacidad psíquica nos remite de golpe a lo informe, a algo siniestro, a algo imposible de capturar, a algo que, en definitiva, no nos es tan ajeno como quisiéramos. La gran tensión del sujeto es, precisamente, que lo que nos define, lo más propio de cada uno, lo más íntimo, aquello que nos sirve de referencia para ser, eso, pues, no tiene forma, no está en el centro de nuestra percepción de sí mismos. Eso tan anhelado y tan importante para cada uno, eso no está a nuestro alcance y, cada vez que sentimos que ya estamos cerca, sin embargo, se desplaza nuevamente. Esto nos hace sentir una importante relatividad de sí mismos que, cada uno, gestiona como puede. Quizá por ello, la visión de la diferencia nos remite a lo más informe de sí mismos y eso, naturalmente, angustia y determina la posición comprensiva que podemos tener de la discapacidad.

¹⁰⁴ Coll Espinosa, F. J., Perea Arias, C., Arteterapia y discapacidad. Centropsicoanaliticomadrid.com › Revista › Número 19

Pero tenemos que señalar también que el sujeto se mueve desde la repetición a la necesidad del desconocimiento, de lo nuevo.

La repetición es una constante en el sujeto y debe de ser así. Es a través de la repetición que podemos tener acceso a lo propio, que podemos albergar la emoción, los afectos. De hecho, el vínculo, el amor es la pasión de la repetición. La repetición, por tanto, es indispensable para la construcción, para ofrecer un sentido a lo propio. Creo que en toda repetición se producen dos procesos básicos para la estabilidad psíquica y que son el de gozar de lo propio y el de dar la posibilidad de que algo varíe, de lo nuevo en uno.

¿Qué es lo propio? En principio, diríamos que es lo que se repite, lo que tiene una permanencia, una constancia, una perseverancia. Lo propio sería entonces aquello en lo que me reconozco, aquello que me da la posibilidad de la seguridad, de lo conocido, de lo estable. Lo propio me ofrece la seguridad, el vínculo, la posibilidad de pensar, de recrear el pensamiento y lo que es muy importante, la posibilidad de hacer proyectos. También la repetición se vive como una paralización, lo crónico, lo que no avanza, lo que dificulta. Me pregunto si esta vivencia de la repetición no es lo que lleva a la otra. Lo propio vendría del lado de la necesidad de la semejanza.

Lo impropio, entonces, diríamos que es aquello que rompe la repetición la monotonía, lo novedoso, aquello en lo que no nos reconocemos en nuestro estilo, en nuestra historia. Lo nuevo es, en muchas ocasiones, vivido como lo impropio, eso que me hace vivir la inquietud por su desconocimiento y su novedad. Esa frase de “esto no es propio de mí”, suele generarnos dos sentimientos que nos conmueven. Por una parte, nos lleva a limitar ese proceso de “impropio” y por otra “nos seduce” por lo que pueda aparecer de nuevo en uno. Lo impropio se ubicaría en la pasión de la diferencia.

Llegados a este punto, diría que el sujeto psíquico lo es, sujeto, básicamente de dos aspectos: la pulsión y la imagen.

Una, de la pulsión, que no es otra cosa que el reconocimiento de Sí en la emoción, en el afecto, en el sentimiento; la pulsión es el cuerpo emocionado. La pulsión, término

conceptualizado por Freud, es aquello que hace que lo psíquico y lo corporal se transformen en sensaciones y tengan un recorrido reconocible para nosotros; de este modo, aquello que sentimos, lo sentimos y nos hace ser, percibir un recorrido emocional y sensitivo. La pulsión es lo que pone en relación lo interno y lo externo, es lo que permite que la materialidad no sea mera materialidad sino sea sentida como parte de una sensación, de una *relación con el Otro*. Por ello, el placer y el displacer son tan importantes durante toda la vida, y, muchísimo más en el inicio de la construcción del psiquismo. La pulsión nos da la seguridad de tener un lugar en el Otro, en el cuerpo, de tener un sostén para sentir y pensar. Es esto lo que nos da la vida psíquica, y es la necesidad de vincular lo sentido con una sensación.

Pensemos en los primeros meses del bebé, cuando todo le asusta y le desborda: un eructo propio, su pie, sus manos, etc. El bebé solo crece en salud por las experiencias de satisfacción, ya que todavía no tiene herramientas para elaborar la angustia. Sus experiencias de satisfacción le van generando posibilidades de despliegue de las pulsiones, es decir, de ligar diferentes momentos y diferentes sensaciones. En psicoanálisis, a esto se le llama la primera experiencia de satisfacción, que nos queda como algo mítico y añorado, y esto es pulsional.

La otra cosa de la que se sujeta el sujeto psíquico: *la imagen*. Es muy interesante como lo desarrollan Freud, Lacan y Winnicott. El primero lo llama la identificación primaria, el segundo como el Estadio del Espejo y el tercero como la mirada de la madre. *La constitución psíquica tiene la necesidad de darse una forma, una imagen*, una imagen que proviene de la imagen del deseo del Otro.

En palabras de Derrida, la imagen es algo más que la representación; según esta idea, la imagen no se constituye como forma terminada y unívoca, sino relacional, repleta de correspondencias, de significantes y significados. Todo tiene relación en la imagen, gracias a ella se pueden encontrar diversos puntos de fuga, dimensiones (la narrativa, proyectiva, expresiva, interpretativa) que nos hablan de su creador.

Tener una imagen permite la posibilidad de tener un continente, un límite, un lugar. Permite también la facultad de “nombrar”. La imagen y el nombre permiten la sensación de unidad y es esto precisamente lo que permite que el sujeto comience a tener la sensación de unidad, de ser algo, de tener una imagen a la que responder. Ahora bien, esta imagen no es una producción propia sino que, afortunadamente, nos viene ofrecida desde afuera, por Otro que nos nombra y nos dice que “eso” , esa imagen, es de uno, corresponde a uno mismo. Inmensa alegría e inmensa angustia.

¡Eso soy yo! ¡Esa es mi imagen! Pensemos un poco. Cuando nos miramos en el espejo, ahora en nuestra adultez, qué vemos: a uno mismo, su imagen, o ¿nuestra imagen es un reflejo de aquella otra que nos dio la primera imagen? ¿La imagen de uno que encontramos en el espejo dista mucho de la de nuestras personas primeras de referencia? El niño ve su imagen en un espejo, pero la ve a través de los ojos de quien se la muestra, desde un cuerpo que lo sostiene y esos ojos que se la muestran están determinados por su propia imagen de sí mismo. ¿A dónde quiero llegar? A que nuestra imagen va a ser determinada de por vida por los ojos de en quien me reconozco y al que le debo mi reconocimiento.

Al tener una imagen, ya me siento en la necesidad de darle contenido, es decir, de darle contenido a algo que se configure como mi identidad, que en parte me la da esa imagen externa que me han dado; es una identidad vacía que tengo que darle contenido. De este modo, es obvio pensar que mi identidad es, en su inicio, un lugar vacío.

Contenido e imagen son dos caras de la misma moneda. Mi identidad, que también se podría llamar “*mi mismidad*”, es un lugar a ser en el porvenir, es un lugar que se irá rellenando de contenidos y significaciones a través de las identificaciones a los demás y a rasgos de los demás.

De esta manera, podemos decir que como no hay identidad, necesitamos identificarnos para poder obtener, lo que Lacan (1988), en su *Seminario sobre la Identificación* llama, un “semblante” de identidad, o lo que es lo mismo, una *suposición de identidad*. Es este el camino de todo sujeto: dar un contenido consolidable a esa instancia tan relativa.

El sujeto no tiene identidad, por eso necesita identificarse. Decía Freud que la identificación es una ligazón afectiva y que la identificación primaria es la forma más originaria de ligazón afectiva.

El sentido de la identidad toma forma en la constitución del Yo. El yo de la identidad se forma en la identificación, la identificación da lugar al Yo y el Yo se forma en el Otro.

El yo tiene la necesidad de tener unos patrones de identificación que le permitan tener la sensación de unidad psíquica. Esta sensación de unidad psíquica es lo que nos da la sensación de salud mental, de tener cierto orden y pausa en lo que pensamos y sentimos, es más, es lo que nos permite unir, de aquella manera, lo que pensamos y sentimos, si bien, esta unión es otro de los imposibles del sujeto, aunque no del inconsciente.

Abordemos esto de otra manera ¿Cómo es esto de pensarse a sí mismo? ¿Estamos locos? ¿Cómo me puedo pensar? ¿Quién piensa a quién? Esto es lo que podemos llamar el sujeto psíquico, porque el sujeto propiamente dicho es esa diferencia, es esa distancia, es esa unión imposible entre lo que pienso y lo que siento, entre lo que pienso y desde donde lo pienso. Para ello y por ello surge el pensamiento consciente, que no es otra cosa sino que ligar esas dos instancias. Por esto podemos decir que el sujeto es un “proyecto”, un poder ser, un proceso creativo. Diría que justamente eso es el sentido de la subjetividad: la dinámica creativa.

De este modo, podemos concluir que *la identidad es la verdad de una imposibilidad*, ya que la identidad es prestada por el Otro. Solo habría tres maneras de salvar esta des-identidad:

- Una sería la posición de negar la relatividad del psiquismo, bien a través de mecanismos psicóticos y actos de afirmación maníacos; son mecanismos disociativos donde la duda no existe porque supone la desaparición del sujeto. Aquí podríamos también ubicar la discapacidad.

- Otra sería a través de formación de síntomas neuróticos; debo precisar aquí, que el síntoma neurótico es un intento fallido de unión con el Otro, ya que existe el temor, la angustia de que si se realiza el deseo, nos desvinculamos del deseo del Otro.
- El tercer modo de salvar eso de la des-identidad es el mecanismo creativo. La creación de lo porvenir, de lo nuevo, es la recuperación del espacio del Otro, de la unión mítica con el Otro.

Añadiría aquí un resumen de tres concepciones, que desarrolla María del Río (2004)¹⁰⁵, sobre las diferentes formas en las que se puede dar la creación y que podemos concretar del siguiente modo:

- *Creación sintomática (dentro de la cual se encontraría la creación delirante): su función principal es la de dar sentido al síntoma, en este sentido se constituye como estructura cerrada, completa, como forma que viene a cohesionar de forma concluyente la fractura psicótica o la angustia neurótica. Tiene que ver con el proceso de enfermar.*
- *Creación artística: su función principal es la expresar, manifestar, y comunicar pensamientos, afectos, emociones... en clave formal o “estética”. Constituye una estructura abierta permanentemente en relación al concepto de belleza. Tiene que ver con el proceso artístico.*
- *Creación terapéutica: su función principal es la de elaborar, “metabolizar”, hacer más tolerable el sufrimiento. Constituye una estructura que señala una dirección. Tiene que ver con el proceso terapéutico.*

La capacidad de transformar la vivencia interior en algo representable y transmisible es lo que diferencia entre producción científica o artística y la del síntoma.

¹⁰⁵Tesis Doctoral. <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t29445.pdf>. Río Diéguez, María del (2004) *Creación artística y enfermedad mental*.

E. Pichón Rivière (1982), afirma que la subjetividad es, en primera instancia, de naturaleza social, lo que implica que el otro es para el individuo un modelo, un objeto, un auxiliar y un enemigo. Dice Pichón que ese otro permanece siempre en el horizonte de toda experiencia humana; por lo tanto, el sujeto es de origen relacional y producido por esta misma interacción, es el resultado de la historia de dichas relaciones. Como consecuencia, la constitución de la subjetividad tiene una dimensión interaccional simbólica. El hombre crea el hábitat en donde se va a adaptar, configurando en ese espacio lo simbólico y lo imaginario que lo va a constituir como sujeto.

La verdadera dificultad de la discapacidad psíquica, es *la negación que en el imaginario social se produce de la suposición de su "subjetividad"¹⁰⁶*. Ante lo que nos devuelve la imagen de la discapacidad, desde lo social, no se tiene nada más a mano que suponer al sujeto con discapacidad un sujeto sin subjetividad, es decir, un sujeto al que hay que enseñar a ser, un sujeto desposeído de historia, un sujeto en blanco al que hay que enseñarle. En el imaginario social, un sujeto que no produce en los términos económicos establecidos, se convierte también en un sujeto que no produce subjetividad.

También en el ámbito de la psiquiatría, la discapacidad no encuentra hueco; situándose como límite de la patología psiquiátrica, tiende a ubicarse como déficit neurológico, es decir que, por lo general, se elimina cualquier atisbo de causalidad psíquica.

Al discapacitado se le sitúa como sujeto de intervención, y no tanto como un sujeto de atención¹⁰⁷, no como un sujeto que necesita la suposición de su subjetividad. Recordamos aquí la afirmación tan interesante que hacía Winnicott (1965) sobre la necesidad de subjetivación estética del bebé para poder acceder a la condición de sujeto; nos explica Winnicott que el bebé, en su existencia ante su madre, es ya un objeto estético que reúne la mirada placentera que el deseo materno deposita sobre él y de este modo le devuelve el placer que su presencia le provoca. Comenta también Winnicott que va a ser a partir de la propia imagen como se da comienzo a la constitución del psiquismo y que este proceso va

¹⁰⁶ Coll Espinosa, F.J., Perea Arias, C.L., *Arteterapia y discapacidad. Una experiencia de trabajo*.
centropsicoanaliticomadrid.com › Revista › Número 19

¹⁰⁷ Ibidm

a depender de que los adultos se puedan sentir “*facinados*” por en esa relación de cuidados.

El discapacitado psíquico, en su dificultad imaginaria, se presenta y *vive como sin pasado ni futuro en un presente ajeno*¹⁰⁸; es un ser que se vive y se piensa sin historia y sin futuro, ya que lo que, a veces, esboza como ilusiones no son sino propuestas de alienación en el presente inmediato. Lacan señala como el sentimiento de realidad solo se puede organizar en el sentimiento de continuidad histórica. Esta es una de las grandes carencias en la discapacidad: ni tienen facilidad de lenguaje para recordar conscientemente y poder expresarlo, ni su capacidad de asociación les permite encadenar recuerdos, ni se sienten presentes en su memoria histórica, ni les hacemos sentir presentes ni causantes de su historia. Por ello, decimos que no se sienten parte de su historia y, por tanto, tampoco se sienten autores del presente ni, por supuesto, del futuro. Alguien sin proyecto diríamos que es alguien sin presente, así como alguien sin pasado no puede tener un presente activo. Diría que esto es, quizá, lo más importante para comprender y posicionarse frente al discapacitado; y diría que esto es lo que, con mucha generalidad, nos lleva a tratarle como huérfano de sí mismo, en unas relaciones con la sociedad bastante protésicas. La dificultad integrativa del discapacitado es *representacional*. Si la discapacidad se define en función del Otro social, desde lo imaginario social, si se trata de una marca identitaria, trabajar para un reposicionamiento subjetivo se vuelve un camino no solo posible sino ineludible.

En esta posición de no reconocimiento subjetivo, sus respuestas pueden oscilar desde una posición sumisa, agotadora al no demandar nada o una postura más tiránica y opositora: fusión o negatividad. Sin el negativismo, el Yo corre riesgos de sucumbir, el sujeto no está, en principio, totalmente subsumido a un deseo ajeno. Sin embargo, ese negativismo puede ser su único elemento de constitución.

¹⁰⁸ Coll Espinosa, F.J., Perea Arias, C.L., *Arteterapia y discapacidad. Una experiencia de trabajo*. centropsicoanaliticomadrid.com › Revista › Número 19

*Estamos ante la paradoja de curar a un sujeto de un trastorno del que el sujeto está ausente. No es posible curar a un sujeto de un trastorno del que el sujeto está ausente.*¹⁰⁹

No podemos menos que traer aquí las importantes aportaciones a la psicología de *LS Vigotski*. Su teorización partió desde una base marxista-leninista. La claridad de sus pensamientos lo sitúan como uno de los teóricos más progresistas y clarividentes. Propició un desarrollo interesante sobre la educación de niños con deficiencias y sus postulados son plenamente vigentes en este momento, tanto desde el punto de vista de la educación como de la integración social.

Es oportuno citar de un modo generoso sus ideas fundamentales, dado que creo que es el mejor exponente que hace una teoría que partiendo de unos presupuestos más deterministas y biológicos, logra hacer un puente con unas propuestas más psicodinámicas y creativas.

Su conceptualización del aprendizaje es fresco y optimizante; considera que culmina todo proceso de aprendizaje es un proceso de enseñanza – aprendizaje en el que es determinante la relación del que aprende y el que enseña, señalando con ello el componente social del aprendizaje. Hace especial incapié en que lo esencial del desarrollo psíquico es la relación de intersubjetividad que se da con “el otro”; es decir, el niño y la niña aprenden a través del "otro" y este aprendizaje es el que los va a impulsar hacia el desarrollo personal, independiente y autónomo. Además precisa que "...este desarrollo permite que el sujeto en el período de tránsito hacia la adultez, se oriente hacia sí mismo y se produzcan los procesos de autodesarrollo, lo psicológico adquiere definitivamente un automovimiento, su autorregulación”.

Un concepto muy destacable de su teoría fue el de “**Zona de desarrollo próximo**” (ZDP) que define como “la distancia entre el nivel de desarrollo real del niño tal y como puede ser determinado a partir de la resolución independiente de problemas y el nivel más elevado de desarrollo potencial y tal como es determinado por la resolución de problemas bajo la guía del adulto o en colaboración con iguales más capaces”. A este concepto añada el de

¹⁰⁹ *Barreiro, Jose Antonio. (2005) "Trouver la dyscalculie ou découvrir le sujet", publicado en La Nouvelle Revue de l' AIS –Adaptation et intégration scolaires .Nº30. París.*

andamiaje, que desde el marco referencial constructivista, implica la consideración de que no sólo la construcción del conocimiento es un proceso, sino también lo es la ayuda pedagógica; estos progresos se dan en la Zona de Desarrollo Próximo.

Otro concepto revolucionario fue de Vigotski (1995) fue el de “Defectología”,

*(...). El factor fundamental con el cual nos encontramos en el desarrollo complicado por el defecto, es el doble papel de la insuficiencia orgánica en el proceso de este desarrollo y de la formación de la personalidad del niño. Por una parte el defecto es la limitación, la debilidad, la disminución del desarrollo; por otra parte, precisamente porque origina dificultades, estimula el movimiento elevado e intensificado hacia el desarrollo. El postulado central de la **defectología** contemporánea es el siguiente: “cualquier defecto origina estímulos para la formación de la compensación”. De este modo, la ley de la compensación se aplica de la misma manera al desarrollo normal y al complicado.*

T. Aipps¹¹⁰, vio en esto la ley fundamental de la vida psíquica: *si el acontecimiento psíquico se interrumpe o se inhibe, entonces allí donde comienza la interrupción, el retardo o el impedimento, tiene lugar “una inundación”, es decir, el incremento de la energía psíquica; el impedimento desempeña el papel de dique psíquico. Esta ley, Aipps le denominó ley del dique psíquico; la energía se concentra en el punto donde el proceso ha encontrado la retención y puede vencerla o avanzar dando rodeos.*

Respecto a esto, psicólogos como Stern y Adler¹¹¹ plantearon: *“Todo lo que no me destruye, me hace más fuerte debido a que de la compensación de la debilidad surge la fuerza y de las deficiencias, las capacidades”*. No obstante, sería un error suponer que el proceso de la compensación siempre concluye indispensablemente con el éxito, siempre conduce a la formación de capacidades a partir de las deficiencias.

¹¹⁰ Portuondo Sao, Miriam. Rev Cubana S. Pública 2004. http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm, p, 2

¹¹¹ Stern W. (1923) *La selección de los alumnos*. Publicaciones Revista de Pedagogía, Madrid.

Como cualquier proceso de vencimiento y de lucha, la compensación puede tener también dos resultados: la victoria y la derrota, entre los cuales se disponen todos los grados posibles de tránsito de un polo a otro. El resultado depende de muchas causas, pero, en lo fundamental, del fondo de compensación. Pero cualquiera que sea el resultado que se espere del proceso de compensación, siempre y bajo todas las circunstancias, el desarrollo complicado por la deficiencia constituye un proceso creador (orgánico y psicológico) de construcción y reconstrucción de la personalidad del niño, sobre la base de la reorganización de todas las funciones de adaptación, de los nuevos procesos, es decir super-estructuradores, sustituidores y equilibradores, originados por la deficiencia, y del surgimiento de nuevas vías de rodeo para el desarrollo....La ley de la transformación del "menos" de la deficiencia, al "más" de la compensación proporciona la clave para llegar a su peculiaridad....

Por otra parte, la propia acción del defecto siempre resulta ser secundaria, indirecta o refleja, el niño no siente directamente su defecto, él percibe las dificultades que resultan del defecto. La consecuencia directa del defecto es el descenso de la posición social del niño; el defecto se realiza como "una luxación social". La minusvalía de los órganos, que conduce a la compensación, crea una posición psicológica peculiar para el niño. A través de esta posición y sólo a través de ella, el defecto influye en el desarrollo del niño. Este complejo psicológico se denomina, sentimiento de minusvalía. Dentro del "defecto-compensación" se incluye un tercer miembro, el sentimiento de minusvalía. El defecto da lugar a la compensación no directa, sino indirecta, a través del sentimiento de minusvalía originado por ella. Por eso, la lucha contra el sentimiento de minusvalía es el punto primero y fundamental de toda la educación....

Además, al igual que la personalidad, sin dudas, el intelecto representa un todo único, pero no una unidad estructural homogénea simple, sino diversa y compleja..... El deficiente mental nunca puede ser presentado como un deficiente mental en general, siempre es necesario preguntar en qué consiste la deficiencia del intelecto, por eso existen posibilidades de la sustitución y es necesario hacerles accesibles para el deficiente mental....Desde el punto de vista pedagógico, en la educación de este niño la tarea se limita a rectificar totalmente los desajustes sociales: vencer la deficiencia es la idea fundamental.

Desarrolla la idea de un “fondo de compensación” que todo sujeto tiene a disposición; este fondo de compensación se ha creado a partir de las interacciones del niño con su medio. La evolución del niño con deficiencia va a ser en función de que se pueda activar el fondo de compensación.

A modo de conclusión, planteó que “la educación en estos niños entraña las mayores dificultades en comparación con los ciegos y los sordos. En los niños con retraso mental está dañado el aparato central, su fondo de compensación es pobre y las posibilidades del desarrollo, con frecuencia, están muy limitadas en comparación con los niños normales. El proceso de compensación puede tener una salida diferente que depende de la gravedad del propio defecto, del fondo de compensación, es decir, de las riquezas de los órganos y funciones del organismo incorporados para compensar el defecto, y por último de la educación, es decir, de cualquier dirección consciente dada a este proceso. Si la compensación no se logra, tenemos generalmente ante nosotros a un niño muy enfermo, ostensiblemente anormal y gravemente deficiente. Si la compensación se logra, esta puede llevar a la formación de las funciones compensadoras y a la manifestación de las capacidades. Con mucha frecuencia observamos los grados medios de la compensación y un mayor o menor acercamiento al tipo social determinado de la personalidad; en este caso tenemos un niño normal socialmente válido y apto para el trabajo”.

Lo revolucionario de Vigotski y que supone un antes y un después para la atención de las deficiencias, consideramos que se puede describir en dos conceptos fundamentales.

El primero, es que describe lo que después Winnicott, Green y Fiorini llamaron los “*procesos terciarios*” para explicar la dinámica creativa y da la posibilidad al desarrollo de las potencialidades del sujeto. Este espacio es un espacio intermediario, el espacio articulador entre diversas instancias: entre la realidad interna e la externa; lo subjetivo y lo social; el aparato psíquico individual y el grupal respectivamente. La función de este espacio para el psicoanálisis, es poder convivir paradójicamente con ambas realidades, sin dicotomías. Las situaciones críticas muestran la imposibilidad de vivir en el “entre”, crear nuevos espacios, vivir o convivir con lo paradójal. Para Vigotski, este espacio que se sitúa

entre la zona de desarrollo y la zona potencial, es un lugar tercero en el que el sujeto se ubica en poner a trabajar lo inconsciente, hace aparecer otro tipo de deseo ante la presencia del tercero que no solo le sirve de guía y/o estímulo, sino que, fundamentalmente, le sirve de identificación simbólica. Lo revolucionario en su tiempo y que inaugura otro tipo de educación y de comprensión del desarrollo emocional, es que se sale de las concepciones deterministas y basadas en los estímulos, para fundamentar el psiquismo como lo más interesante en cualquier proceso relacional y de aprendizaje. Vigotski inaugura una nueva clínica del aprendizaje desde la comprensión de no tratarse solo de capacidades, sino que de identificaciones y espacios de seguridad para que se pongan en marcha todos los mecanismos asociativos de la mente y alcanzar así su máximo nivel de desarrollo. Desde este punto de vista, podemos decir que Vigotski fue el primerpsicodinámico educativo y que introduce el concepto de inconsciente, sin llamarlo así, en la vida relacional y de aprendizaje del sujeto.

El segundo concepto fundamental, es que da al sujeto una libertad asociativa propia, una espontaneidad y capacidad creativa que traspasa las limitaciones de la conciencia a través de las dinámicas identificadoras. Si bien, desde su comprensión de que el ser humano es un ser social y que su evolución depende de las interacciones con el medio y los otros significativos, nos hace ver un sujeto dinámico, un sujeto fundamentalmente emocional, que desarrolla su potencial a través del vínculo. Así, Vigotski es un precursor excepcional de la psicología emocional y de la aplicación de la psicodinámica al aprendizaje educativo.

Podemos unir a lo anterior las interesantísimas aportaciones de *Piaget*. Buscaba una respuesta a la pregunta fundamental de la construcción del conocimiento.

Uno de los aportes fundamentales de Piaget, por ejemplo, ha sido el comprobar que desde los niveles más elementales del desarrollo, el conocimiento no es jamás copia pasiva de la realidad externa, pálido reflejo de la transmisión social, sino creación continua, asimilación transformadora. La asimilación confiere significados a lo que es percibido o concebido por un sujeto y es transformadora de esos objetos a través de la incorporación de significados.

Respecto a la cuestión del inconsciente, Piaget llega a afirmar lo siguiente¹¹²:

En el terreno de la inteligencia, que es mi campo, los tres cuartos de lo que yo estudio es inconsciente desde el punto de vista del sujeto. La conciencia en el plano de la inteligencia, es el resultado de una toma de conciencia muy parcial y a menudo deformadora en relación con las estructuras subyacentes que pueden darse a conocer por una serie de recortes. Usted me preguntó si había encontrado al subconsciente. Por supuesto que sí, en lo que concierne al terreno afectivo, lo encontré en el juego simbólico, donde aparece incluso bajo una forma muy freudiana. Me acuerdo de los juegos de mis hijos que decía que su papá había muerto, o que lo habían mandado muy lejos o cosas por el estilo. ...

¹¹² Piaget, J. (2007) "El Nacimiento de la Inteligencia".p. 68 -70, Ed. Crítica

Capítulo 6. CLÍNICA DE LA DISCAPACIDAD

Se les ha de preguntar si saben algún oficio. Los que no saben ninguno, si tuvieran edad proporcionada, se les ha de instruir en aquél para el cual sintieren mayor propensión, siempre que sea posible, y si no, en algún otro análogo; por manera que el que no supiese coser vestidos, cosa polainas, botines y calzas. Pero si fuese ya algo alcanzado de días o de ingenio demasiado tarde, enséñesele algún oficio más fácil y, en último término, el que cualquiera puede aprender en pocos días, como cavar, sacar agua, llevar algo a cuestras, hacer portes con un pequeño carro, acompañar al magistrado, traer mensajes, recados, cartas, gobernar caballos de alquiler.

Juan Luis Vives (1526), De subventionem pauperum.

En esta sección, voy a tratar de explicar aquellas características que, de modo general, pueden encontrarse en el modo de vivirse, de relacionarse y de pensarse las personas con discapacidad psíquica.

6.1. ¿Dónde vive la persona con discapacidad psíquica?

La vida relacional del discapacitado se mueve en un espacio de especial relatividad. Su dificultad de comunicación y expresión simbólica les sitúa en un espacio de difícil intersubjetividad, de difícil reconocimiento de lo que expresa y también de los mensajes que recibe. Vive en un lugar en el que no puede reconocerse nada bien ni en la semejanza con el otro, ni, a su vez, soporta la diferencia con el otro. Parece que ni se le llama ni se le espera. Esto nos lleva a considerar que, en muchas ocasiones, su espacio interno de representación es un espacio despersonalizado. El lugar en el que se le sitúa es un lugar, en el mejor de los casos, ortopédico. No suele ofrecérsele un lugar para habitar lo propio, lo más singular de sí mismo, sino, más bien, un lugar de aprendizaje relacional. En este sentido, tanto en el fondo y, quizá también, en la forma, es el lugar de la eterna infancia. Vive en un espacio que no es la fantasía, ni lo imaginario, sino en un espacio que siempre

dilata lo vivencial, en el que no termina de enganchar la vivencia de ser y, por el contrario, está enganchado, en el mejor de los casos, al “como sí” fueran o vivieran tal o cual cosa.

En lo familiar, la presencia de la persona con discapacidad va a suponer una confrontación dolorosa con lo esperado y con lo presente, con las ilusiones y con las dificultades. Esta confrontación, sin embargo, puede ser resuelta de un modo satisfactorio, es decir, haciendo de los cuidados un deseo de parentalidad. Si la resolución pasa por duelos no resueltos, el lugar que se le propicia siempre será un lugar fallido, un lugar donde no puede advenir un sujeto de deseo. Ahora bien, siempre va a resultar especialmente complicado poder resolver ese duelo.

El lugar donde vive todo sujeto psíquico es el lugar desde donde se puede pensar. Este lugar, es un lugar que siempre está suspendido, soportado, sostenido por el deseo de las personas que nos cuidan, por nuestro entorno familiar. Este lugar es el lugar de la vida psíquica, el lugar desde donde se reflejan los ecos de las representaciones familiares, de las representaciones de aquellos que nos cuidan, de las representaciones en las que nos podemos construir.

Pues bien, la pregunta es esa, en qué lugar vive la persona con discapacidad. La respuesta es la misma que para todo sujeto: vive en el espacio referencial de las personas que le han dado y le dan la seguridad para vivir. Es decir, que nuestro espacio de vida es un espacio intrincado y se va formando con el espacio de vida de las personas que nos cuidan. Es decir, estamos hablando entonces de que el espacio de vida es un espacio de vínculos y apegos; es decir, el espacio de vida es un espacio de representaciones mutuas que nos dan sentido de ser en el reflejo que tenemos y que nos viene de los otros representativos. Y desde ahí, podemos decir que nuestro espacio de vida es un espacio que tiene unas representaciones determinadas en los otros, o sea, que construimos nuestro espacio psíquico interno en función del lugar que ocupe en el espacio psíquico de los otros representativos.

Este punto es uno de los más decisivos para todos y, también, o quizá más, para las personas con discapacidad psíquica. Me refiero a que la vida psíquica de cada sujeto es un continuo discurrir en ese espacio intermedio entre lo que llamamos el Sí-mismo y los otros

representativos y en ese discurrir se van dando forma a las mutuas representaciones internas, es decir, se va dando forma a la metáfora de sí mismo. En la discapacidad, este proceso de construcción del Sí-mismo se ve desplazado de un modo sustancial y se produce como cierto congelamiento de las representaciones mutuas. Entiendo que es por ello, por ese cierto congelamiento, que les es difícil acceder al “como sí”, a la metáfora, en definitiva, al proceso reflexivo del lenguaje, en donde encontrar un lugar desde donde poder pensarse.

6.2. El pensamiento

Pensar es diferenciarse de... hasta de aquello que ha sido pensado antes.

El pensamiento y la identidad subjetiva son dos caras de la misma moneda; el sujeto, si lo es de algo, lo es de su pensamiento, del sentido de proximidad y de la sensación de construcción de su pensamiento.

“Pensar es diferenciarse de... hasta de aquello que ha sido pensado antes”. No es el primer acto de diferenciación, pero es el primer acto de reconocerse diferente; es decir, pensarse diferente. Tiene que ver con el reconocimiento de que se está pensando y de que se es autor del pensamiento. Vivencia de autoría por antonomasia.

Como nos dice Mirta Estamatti (1999)¹¹³,

(...) uno de los parámetros más interesantes para hablar de salud desde el punto de vista de aprendizaje es el sentido del humor y otro la capacidad de pregunta. ... Pensando se puede desligar del presente lo que retorna en la repetición. Una posibilidad de cambiar la vida, generando otra realidad. Pensando se pueden pensar los pensamientos, posibilidad de crítica, humor incluido. Pero no confundamos, el humor es lo opuesto a la autocrítica.... La autocrítica es el área de influencia del superyó, el humor implica el movimiento opuesto, es ver el objeto, reversión de la mirada que implica el reconocimiento del otro, sin los atributos del ideal.

¹¹³ Mirta Estamatti, (1999) La prohibición de pensar, Letra Viva, Buenos Aires.

Me referiré ahora a la teoría freudiana, en el célebre texto «El yo y el ello», donde Freud habla del *pensamiento en imágenes*. En el texto, nos expone que *el pensamiento en imágenes, es sólo un modo muy imperfecto del devenir consciente; en este sentido, estaría más próximo a los procesos inconscientes, tanto desde un punto de vista ontogenético como filogenético*. Vale decir que, para Freud, el pensamiento en imágenes atañe tanto al sujeto y su realidad psíquica interna como a la dimensión colectiva y lo que se transmite de generación en generación en una cultura dada. En uno y otro caso, el pensamiento en imágenes es más cercano a los fenómenos inconscientes. En esta línea, nos podemos hacer la pregunta de ¿cómo poner en palabras esa cosa, sino por la mediación de un pensamiento en imágenes?. El pensamiento en imágenes no es sólo un pensamiento en imágenes visuales, aun cuando, como sabemos, hay una primacía de lo visual sobre los otros sentidos. El pensamiento en imágenes puede ser un pensamiento en imágenes auditivas, olfativas, gustativas, táctiles. Lo que caracteriza este modo de pensamiento intermediario, es que se especifica por el vínculo de contigüidad entre estas imágenes en lo que llamamos la cadena asociativa. Si se activa una forma de imagen sensorial, ésta se une a otras imágenes por asociación. Un sonido evoca una escena, un olor evoca un recuerdo.

El trabajo desde las imágenes es otro registro. Como argumenta y desarrolla Silvia Bleichmar (1999), se le debe al psicoanálisis la comprensión de la idea de los *“pensamientos sin sujeto”*, es decir, del *deseo como instituyente de subjetividad*. Dice Silvia que el gran descubrimiento del psicoanálisis no es sólo la existencia del inconsciente, la posibilidad de que los seres humanos tengan un espacio de su psiquismo que no está definido por la conciencia, sino el haber planteado por primera vez en la historia del pensamiento que es posible que exista un *“pensamiento sin sujeto”*, y que ese pensamiento sin sujeto no esté en ningún lugar particularmente habitado por conciencia o por intencionalidad alguna. Es haber descubierto que existe un pensamiento que es pre y parasubjetivo, y del cual el sujeto debe apropiarse a lo largo de toda su vida.

En *Una teoría del pensar*, Bion (1962)¹¹⁴ dice algo que creemos muy importante y original. Él introduce la idea de que la inanición de verdad es, para la mente, algo análogo a lo que

¹¹⁴ Bion, W.R. (1962). *Una teoría del Pensamiento. Una teoría del Pensamiento*. Aparecido en el Int. Journal of psychoanalysis, Vol 43

la inanición de alimento es para el cuerpo. En esta analogía, la verdad es vista como el alimento de la mente, considerando que las mentiras y falsedades son su veneno: ¿qué clase de verdad es alimento para la mente? Bion insiste mucho sobre este sentimiento de verdad y sentido de verdad. En la relación de cuidados e, incluso, cotidiana vemos como al discapacitado psíquico, la verdad es algo que aún más que esconderse por considerar que no alcanza a su entendimiento y procesamiento, es algo de lo que se le priva. Creo que esta privación es una de las cosas que más daño le puede hacer para su crecimiento, no sólo intelectual sino madurativo. Un sujeto privado de la verdad es un sujeto privado de la posibilidad de construir un sentimiento de sí y, por tanto, un sujeto condenado a vivir en un espacio de alienación continua. Un sujeto privado de verdad, es un sujeto ausente.

En la descripción del *reverie* materno, Bion (2007) también incluye la idea de que el bebé humano recibirá la comunicación de la verdad de los sentimientos de la madre –no a través de palabras, sino a través de emociones, que el infante humano bioniano puede obviamente recibir, aunque probablemente aún no comprender. Así, le será impartida cualidad psíquica a los vínculos con el bebé, permitiendo el desarrollo de la pareja. Sigue desarrollando Bion (1996) los conceptos de verdad y afecto como elementos constituyentes de la subjetividad. Expone que el afecto es la verdad constituyente de la subjetividad, aquella que deriva de las relaciones de verdad en los cuidados iniciales, siendo esa verdad el alimento psíquico, diríamos también, el lienzo sobre el que se va a ir dibujando e inscribiendo las señas, las huellas que va a dar lugar a modos de sentir para después poder pensar. Lo que da origen al pensamiento es esa verdad recibida ineludiblemente, ese lienzo sobre el que dibujarse siendo el otro la pintura que impresiona el lienzo. En esa impresión sobre el lienzo, se desdibuja el propio lienzo y la pintura recibida y se va a ir formando una nueva textura que da lugar a la subjetividad.

Continuando con Bion, nadie mejor que él, ilustra lo anterior al describir el concepto de "*pensamientos sin pensador*¹¹⁵"; nos describe en su obra que los pensamientos sin pensador son pensamientos pero también son sensaciones que todavía no han encontrado acogida en la mente de los sujetos y que esperan que alguien les de forma y

¹¹⁵ Bion, W. (1996). *Volviendo a Pensar*. (5ª Edición). Buenos Aires: Lumen – Hormé.

expresión; estos pensamientos pueden ser pensados, pero quedan a la espera de que se den las circunstancias para que alguien los reciba y les de una forma comunicable.

Cuando Bion sugiere la existencia de «pensamientos» previos a la capacidad para pensar, no sólo extiende el concepto de pensamiento, sino que prepara el camino para una nueva extensión del concepto de mente, que serán los «pensamientos sin pensador». Esta es la propuesta científica de Bion: la existencia del «pensamiento sin pensador» o de pensamientos a la espera de un pensador que pueda pensarlos. Quiere decir que el pensamiento está también desde *antes*.

En ese sentido, podemos decir con rotundidad que el placer de pensar sólo es posible si el pensamiento puede aportar la prueba de que no es la simple repetición de lo ya pensado por otro. Pensar es asociar, es poner en entredicho la estabilidad de lo pensado y, eso, en la discapacidad se torna muy difícil.

Es esta una de las grandes características a trabajar, quizá la más importante, y es la sensación *de falta de apropiación de lo que piensan*. Parece que no terminan de sentir que ellos son los productores de sus pensamientos; los pensamientos les aparecen como rígidos, impuestos, con poca movilidad. Cuando se les contradice o se les dice que no está bien lo que piensan, se sienten como descabezados, impropios, con falta de posibilidad de argumentar y no tanto por falta de ideas sino porque necesitan sentir que su pensamiento está en alguien.

El desarrollo de la capacidad de pensar y, por ente, el desarrollo del proceso simbólico, es indisoluble, como bien ha dicho Bion, de la experiencia emocional. Y es en el vínculo, en la experiencia emocional, en la relación con el otro, ya sea en el mundo interno o en el mundo externo, donde adquiere sentido cualquier experiencia emocional. En la discapacidad psíquica se sufre de eso, de lo sentido como propio y como impropio; diríamos que se mueven fundamentalmente en lo impropio, en la necesidad de la semejanza con la sensación de no ser autores de sus procesos de pensamiento.

Tienen un especial sentimiento de ajeneidad de lo propio. La dificultad de establecer identidad de pensamiento les lleva a la gran dificultad de sentirse autores de lo que sienten y piensan. El sentimiento de lo propio en todo sujeto siempre es fuente de tensión y conflicto. Lo propio es algo que siempre nos queda como un poco ajeno, ya que la sensación de completud con eso propio nunca es completa, valga la obviedad, y, a su vez, lo propio es un modo de ponernos a prueba con el “otro”, con lo que tenemos de diferente y de semejante con el “otro”, siendo esto lo que da lugar a lo que llamamos la “intersubjetividad”.

En la discapacidad psíquica, eso, lo propio, es una sensación bastante ajena, ya que su posición respecto del otro es siempre de anulación; por ello, no sienten nada que ofrecer, nada que construir con el otro, sino que sienten la diferencia como un vacío de significación y, por tanto, su posición es de alienación al otro.

En *Lógica del sentido*, Deleuze (2005) se cuestiona de distintos modos el modo de hacer pensamiento. Sepregunta si *¿lo que importa en un pensamiento es la verdad o falsedad de sus enunciados o el sentido que es capaz de producir?, ¿se caracteriza a un pensamiento solo por la solución que da a los problemas o por el modo que determina a los problemas en tanto problemas?* La cuestión es cómo eso se puede hacer en la discapacidad.

En relación a lo anterior, es preciso retomar aquí a Winnicott¹¹⁶ cuando se pregunta “*¿pero qué ve el bebé en la mirada de la madre?*” y su genial respuesta: *el bebé se ve a sí mismo en esa mirada de la madre; el bebé es todo eso que siente la madre cuando lo mira; el bebé se siente envuelto en esa mirada, siendo esa mirada todo aquello que él es*. Esa vivencia de ligazón casi perfecta con la madre, -y que es lo más natural en todas las crianzas ya que el bebé no tiene otra referencia que esa - es lo que va a sostener una estabilidad suficiente para que se produzcan las imágenes de contención y de sostén, de modo que después el niño pueda “jugar” la imagen de sí mismo como deseada por el otro y así dar lugar a la relación de deseo y de intercambio con los demás. Diríamos que esa primera mirada es lo que da lugar a la posibilidad del pensamiento.

¹¹⁶ D.W. Winnicott. (1967). “*Papel del espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del mismo*”, Realidad y juego, Ed. Paidós, p. 147

En la relación con la discapacidad de carácter medio o profundo, a veces también ligero, observamos como no hay ese espacio de juego con la mirada, de juego con la seducción, *con la ficción de sí mismo*. Más bien, parece que te sientes atrapado por la mirada tan fija y ausente de seducción del discapacitado. En la terminología de Winnicott, podría decir que no tiene un “*Sí mismo*”, sino que parecería que tiene un “*Sí de otro*”. Esta expresión recuerda lo que nos dice Lacan de que el débil mental¹¹⁷ se mueve en una placa giratoria, de la que es sujeto pasivo y en la que no es posible que se desarrolle ni el Yo Ideal ni el Ideal del Yo; por ello, su sufrimiento y su goce, en términos lacanianos, es el profundo desconocimiento del “*Sí-mismo*” que le sitúa en una posición de espera en el otro.

6.3. Dificultad de anticipar el futuro

*Los que no pueden recordar el pasado,
están condenados a repetirlo.*

George Santayana, 1905

Para hablar de sí, se cuenta la existencia, la historia personal. El acto de contar es, en este sentido, existencia. Lacan (1987)¹¹⁸.

Las respuestas a las preguntas ¿Quién? ¿Qué? ¿Cómo? ... forman una cadena que no es otra que el encadenamiento del relato. El futuro se puede pensar si hay un pasado en el que nos podemos reconocer.

El ser humano se hizo inteligente por la capacidad de prever el futuro y tratar de cambiar su realidad inmediata en función de sus previsiones y proyectos. La actividad del pensamiento es posible solo si hay un futuro que construir.

Ahora bien, para construir un futuro es preciso poder imaginar la pérdida y la frustración como elementos de lo posible.

¹¹⁷ Lacan, Jaques (1977), “El Seminario”, libro 11, “*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*”, Paidós, 1973.

¹¹⁸ Ricoeur, Paul. *Historia y narratividad. Tiempo y narración*.

<http://textosontologia.files.wordpress.com/2012/11/tiempo-y-narracic3b3n-i.pdf>

Como vemos, imaginar el futuro es indispensable para la consolidación del psiquismo. Imaginar el futuro es poder ponerse en “lugar de”, en una situación que no nos corresponde del todo, pero que podemos aventurar algo propio en ella.

Para el sujeto, el trabajo de creación resulta un intento por develar otra realidad paradójica de la identidad, responde a la búsqueda de lo perdido del yo que es el otro. Los elementos implicados y procesados en la creación provienen de lo perdido, de lo olvidado, de lo que le falta a la historia del sujeto y a la historia de su comunidad. Para algunos sujetos, ser creador es buscar un espacio para “ser” cuando otros espacios han sido negados o son imposibles. Y es aquí donde, paradójicamente, el “no ser” parece marcar posibilidades para “hacer” y “ser”, ahí donde el “objeto” y el sujeto creador coevolucionan, y el trabajo se hace el medio para manifestar el “ser” frente a la sociedad, siendo a la vez un intento de reescribir una historia imposible, un conjuro contra esa imposibilidad y una alternativa para existir como otro posible¹¹⁹.

Finalmente, el verdadero lugar en el mundo para cualquier sujeto es el que éste pueda construir. Esta situación imaginada, futura, es una situación en la que no podemos vernos solos; siempre, para imaginar el futuro, es preciso vernos con alguien, imaginarnos en relación a alguien. Es decir, imaginar el futuro es imaginar qué lugar vamos a ocupar en relación al deseo, al vínculo con otros. Y esto es lo que, precisamente, la persona con discapacidad no puede ver. No puede ver qué lugar es el que le espera, qué lugar es el que ha sido deseado para él, no puede darle cuerpo a esa suposición.

Anticipar el futuro es tener una visión cercana de tu presente en relación al pasado; y, esto es lo que, precisamente, no puede hacer la persona con discapacidad. No puede poner en relación directa pasado y presente y, por tanto, el futuro queda del lado de los otros. Podríamos decir que el esfuerzo constante de la persona con discapacidad, es el de construir un presente que le contenga, que le de un sentido de propiedad a lo que vive y hace.

¹¹⁹ Jeanette Amit Rojas. (2002) *Actualidades en Psicología*, Vol. 18, p.76. No. 105,

6.4. El problema de lo íntimo

Para abordar este tema, es sumamente interesante visitar el momento en el que se abrió el espacio de lo íntimo. Wacman (2006), ubica el surgimiento de ese espacio que se denomina intimidad con León Battista Alberti, en 1435, en el Renacimiento, por ser el primer artista que crea el cuadro moderno, en tanto

... pensar un cuadro como una ventana abierta, como lo hace Alberti, lleva a cabo una doble revolución. Por un lado, cumple con la idea moderna de que el hombre tiene desde entonces derecho de mirada sobre el mundo, que se ha vuelto (como lo dirá Descartes dos siglos más tarde) “amo y poseedor de la naturaleza junto con Dios”, y por otro lado, al mismo tiempo, viene a circunscribir un nuevo territorio, un lugar interior, desde donde se puede mirar al mundo y en donde se puede no estar, uno mismo, sometido a la mirada. Se dibuja así el territorio de lo íntimo.” (Waczman, 2006). Lo que nace con Alberti y el cuadro, es un hombre que goza en lo sucesivo de un atributo que estaba hasta entonces reservado exclusivamente a Dios, “ver sin ser visto.

De qué hablamos cuando hablamos de lo íntimo. Tener la sensación de “ver sin ser visto” nos permite la sensación a su vez de que hay dos lugares diferentes: lo íntimo y lo exterior. Atendiendo a su raíz etimológica, si “*Intimus*” es el superlativo del latín *inter*, que significa interior, entonces, íntimo habrá de ser lo más interior: el ámbito psíquico en el que se asienta el núcleo en torno al cual el sujeto se constituye como identificable; vale decir, como diferente del Otro y de los otros, como destinatario de un nombre propio, por ello, con un lugar entre los demás.

Lo íntimo es la propiedad más propia, valga la redundancia; es la propiedad que hace que mi ser tenga un lugar desde donde pensarse y sentirse. Lo íntimo es lo que, en principio, no se comparte, lo que guardamos con esmero. Lo íntimo es aquello que lucho porque nadie me lo arrebathe. Lo íntimo es la prueba de que yo soy yo, de que es algo que no pertenece a lo exterior. En este sentido, podemos decir que estamos totalmente dominados por lo íntimo, por cómo vivimos la intimidad.

Lo íntimo es lo que me representa, lo que no puedo evadir, aquello que forma lo más certero de mi ser. Todas las personas tienen alguna incertidumbre con su intimidad; es algo que no consiguen dominar, no consiguen educar; es algo, que aún no siendo domeñable, les da el sentido de libertad interior. Para mostrar lo íntimo, tenemos que tener unas condiciones especiales de confianza.

Ahora bien, todos necesitamos compartir nuestra intimidad, ser con otro en lo íntimo. Es difícil, muy difícil, obviar esa necesidad de compartir aquello que aún siendo lo que me domina, es lo que me da la libertad interior y la posibilidad de sentir. Sin ese compartir lo íntimo no hay amistad ni afectos, no hay confianza. En este sentido, podemos decir que la confianza viene de lo íntimo, de la necesidad de compartir la intimidad, de la necesidad de sentirnos que somos en la relación con el otro.

Me parece de interés señalar cómo *San Ignacio de Loyola* designaba a lo íntimo; lo designaba con la palabra “*loqüela*”, esa voz que no acaba de decirse y es “el signo de los afectos del alma”. La “*loqüela interior admirable*” como decía él, es el grado cero de la palabra, donde toma todo el valor el sentido de lo más interior, el sentido sin el cual no podemos reconocer aquello que somos.

Lo íntimo es lo más profundo y lo más singular de la experiencia humana. Se refiere al yo-pensante, pero, yo diría que más que eso, lo íntimo es el yo-que-siente. En esa lógica, se puede decir que lo íntimo es lo que da la posibilidad de la formación del Yo. El Yo no se forma desde el pensamiento, ni desde el lenguaje, sino desde las sensaciones que toman una forma más o menos definida y que tenemos la necesidad de esconder, de proteger, de ensalzar, en definitiva, de argumentar y eso es el Yo, el Yo pensante. Lo íntimo obtiene de este modo una profundidad que desborda ampliamente la del yo pensante y que se piensa.

Entonces diría que la intimidad, lo íntimo es el yo-que-siente, es lo más genuino que da forma a la existencia humana.

Por eso mismo, lo íntimo no es siempre placentero; a veces, suele atormentar en busca de alguien con quien compartir intimidad, atormentar por no poder tener una forma argumentada, y, entonces, es cuando viene el conflicto psíquico.

Lo íntimo se da en una multiplicidad de sistemas de representaciones translingüísticas y, también, cómo no, se da como posibilidad de goce propio, de goce que me singulariza ante el otro. Por ello, lo que tiene que ver con lo íntimo tiene que ver directamente con la dignidad, con la vivencia del respeto de ser de uno.

Lo íntimo deja en nosotros y, por supuesto, aunque resulte paradójico, en los otros, una huella indeleble, un surco que permite alargar la singularidad y abre el espacio a lo afectivo, porque si es huella, es afecto y si no hay afecto, no hay huella ni singularidad.

La intimidad es condición, causa y efecto en la construcción de la subjetivación, de la apropiación de rasgos del otro que hacen al sí-mismo y de rasgos del sí-mismo que constituyen al otro. Lo íntimo es la posibilidad de separación del otro, pero, a su vez, la ilusión de ser con el otro. Así, lo íntimo queda más allá del deseo y se instaura en el terreno de la demanda para poder permitirse la ilusión. Sin intimidad no hay sujeto intersubjetivo ni otro constituyente.

De lo íntimo se disfruta y se padece. Se disfruta porque es un espacio de ser, propio, singular, hacedor de interior. Se padece porque nos desborda, necesitamos compartirlo, necesitamos hacer intimidad con otro, y eso, la intimidad con otro, más que menos, siempre va a resultar faltante.

Llegados a este punto, me pregunto por la vivencia de lo íntimo en las personas con discapacidad, por la vivencia de su intimidad, por ese espacio paradójico de guardar su secreto más propio pero a su vez formar parte de la intimidad de otro. Parecería que suelen tener enormes dificultades para pensar su intimidad, para vivir esa sensación de propiedad de lo propio y que es el sentir-que-se-siente. Este es su padecimiento, ya que ante la dificultad de sentirlo así, tratan de imitar al otro, con muchísima dificultad para pensar en sí y, por contra, se quedan fijados al pensamiento del otro. La respuesta más

común es la inhibición de pensamiento y con ello, la regresión a la dependencia, que puede tomar diversas formas: timidez, rebeldía, desmotivación, etc.

Como consecuencia de esa dificultad, *no pueden anticipar el futuro*, es decir, no pueden intimar con lo que desean, no pueden acariciar lo que desean, no pueden fantasear con lo que desean y, por tanto, no pueden construir un tiempo para su deseo. Su deseo siempre está en el tiempo del otro.

Considero que en muchas ocasiones, quizá mucho más de lo debido, en aras de la educación y por su bienestar, incurrimos en dos situaciones complicadas para ellos. Una, es que no tenemos en cuenta su necesidad de intimidad; les conminamos a que digan todo, a tener que saberlo todo de ellos, tanto por parte de los familiares como por parte de los profesionales, cosa que me parece más grave. Con esta actitud les hacemos sentir como algo impropio, sus secretos, diferencias, su intimidad; creo que esta es una de los aspectos más negativos que pueden recibir. Por otra, al no suponerles esa necesidad de intimidad, lo que hacemos es intentar llenarles lo singular, lo privado, lo íntimo con nuestras bienintencionadas recomendaciones y consejos. De este modo, así, lo que hacemos muy indebidamente, es un verdadero asedio a su posibilidad de intimidad, una desolación de la posibilidad de que puedan construir un espacio yoico, un espacio reservado, un Yo que argumente, secretamente, sus sentidos y sensaciones.

6.5. Dificultad para la capacidad de crítica

La capacidad de crítica supone la constitución de una alteridad suficiente que pueda permitir la existencia de un reconocimiento de sí en la diferencia con el otro. Pero qué es eso de la capacidad de crítica; retomo aquí la pregunta que se hace Oscar Wilde ¹²⁰: *¿y eso cómo se hace?*. La respuesta de Wilde es de lo más sutil:

¹²⁰ Antonio Colom. *Oscar Wilde o el encantamiento de la insensatez*. www.psicocanalisisysociedad.org

(...) y el fin primordial del crítico es ver el objeto tal como no es en la realidad... Para el crítico, la obra de arte es simplemente una sugestión o un germen para una nueva obra, que, desde luego, no necesita conservar la menor identidad con la obra criticada. La única característica de las cosas bellas es que puede uno poner en ellas lo que se le antoja, y ver en ellas lo que desea ver; y la belleza, que da a la creación su elemento universal y estético, hace del crítico un creador a su vez, y le susurra al oído mil cosas diversas que no estaban en el espíritu del que esculpió la estatua, pintó el lienzo o grabó el lema.

Es esto para lo que hay mucha dificultad en la discapacidad, en poder simular, en poder ver una alternativa a lo evidente.

La capacidad de crítica supone poder cuestionar la evidencia, lo presente, poder imaginar algo distinto, poder tener placer en variar la presencia y buscar e imaginar la huella de lo presente. Podemos decir que esto es precisamente lo que inaugura el pensamiento y la representación, poder poner una cosa en lugar de otra; es lo que inaugura un psiquismo vivo. Freud, una vez más, lo explica muy bien casi desde el inicio de su construcción teórica; en el capítulo VII de la *Interpretación de los sueños*¹²¹, nos habla del proceso primario y el proceso secundario en el funcionamiento psíquico. Así, dice que

(...) el proceso primario tiende a encontrar una percepción idéntica a la imagen del objeto resultante de la experiencia de satisfacción y en el proceso secundario, la identidad buscada es la de los pensamientos entre sí. El proceso primario y el proceso secundario pueden definirse en términos puramente económicos: descarga inmediata en el primer caso, inhibición, aplazamiento de la satisfacción y desvío en el segundo. La noción de identidad de percepción nos lleva fuera del registro económico: aquí se trata de equivalencias que se establecen entre

¹²¹Freud, Sigmund. *La interpretación de los sueños*. Editorial Biblioteca: "La identidad de pensamiento guarda una relación doble con la identidad de percepción: 1. ° Constituye una modificación de ésta, en el sentido de que tiende a liberar los procesos psíquicos de la regulación exclusiva por el principio de placer: « El pensamiento debe interesarse por las vías de ligazón entre las representaciones sin dejarse confundir por su intensidad». En este sentido, tal modificación representaría el surgimiento de lo que la lógica llama el principio de identidad. 2.° Sigue estando al servicio de la identidad de percepción: « toda la actividad de pensamiento complicado que se extiende de la imagen mnémica al establecimiento de la identidad de percepción por el mundo exterior es siempre un desvío, que la experiencia ha hecho necesario, en el camino que conduce al cumplimiento de deseo»".

representaciones. La experiencia de satisfacción constituye el origen de la búsqueda de la identidad de percepción..... En el proceso secundario, lo que se busca es la identidad de pensamiento: «El pensamiento debe interesarse en las vías de ligazón entre las representaciones, sin dejarse engañar por su intensidad».

Estos dos procesos psíquicos han sido muy trabajados después por otros psicoanalistas y qué destacaría como fundamentales a Winnicott, Chiozza, Green y Fiorini. En todos ellos aparece el concepto de “Proceso Terciario” para describir ese proceso de pensamiento y representación que existe entre la identidad de percepción y la de pensamiento. En este sentido se desarrollan los argumentos de André Green (1996) cuando describe que el proceso terciario es un sistema relacional entre los procesos primario y secundario que produce un equilibrio y que da lugar a la aparición de lo que denomina la “intuición creadora”. Aquí es donde nos interesa introducir las ideas de Chiozza quien propone la existencia de un proceso terciario, que articularía el proceso primario y el secundario; define al proceso terciario por la negativa, como un proceso que es alógico, asistemático, arracional, aespacial, etc.

En la discapacidad psíquica, ese proceso terciario se ve entorpecido por la presencia invasiva de su necesidad de la identidad de percepción, no terminando de conseguir de un modo fácil esa puesta en relación de la percepción y la satisfacción. Criticar, enjuiciar, proponer, sustituir, son posiciones subjetivas que implican suspender la seguridad de lo concreto por el temor de conseguir su representación. Es este salto, este espacio indeleble, inefable, deslizante, para lo que tiene extrema dificultad, agarrándose a lo evidente y lo fusional.

La realidad psíquica le resulta un verdadero desconocimiento; no puede el discapacitado acercarse a lo interno por miedo a perderse en lo externo y lo externo le ajena de lo interno. Retomando aquí a Bion, hablando de la infancia, y dice que *la realidad psíquica es desconocida, corresponde a la experiencia subjetiva que incluye el mundo interno de las*

*fantasías y que contrasta con el mundo externo. Podría plantearse la pregunta acerca de qué es más real, la realidad psíquica o la externa*¹²².

Esta es una de las grandes dificultades en la discapacidad, la capacidad de imaginar, de suspender el presente para imaginarlo desde el “*como si*”. Este juego es lo que a todos nos posibilita la opción de suspender lo evidente y comenzar la razón; porque quién ha dicho que la razón inicie su argumentación en lo evidente. La razón es una argumentación apostillada en la invención y desde el esfuerzo argumentativo adquiere peso de realidad. Creemos que en el trabajo fundamental con la discapacidad ha de ser este su eje fundamental.

6.6. Temporalidad y la memoria

Mirar, inquietar el pasado: un acto cognitivo sobre el presente

La función de la memoria es proteger las impresiones del pasado. El recuerdo apunta a su desmembración.

La memoria es esencialmente conservadora, el recuerdo es destructivo.

Walter Benjamin (1999)¹²³

¿Qué es el pasado? ¿Cuál es su forma? ¿Cómo se recupera? ¿Por qué volvemos a mirar sobre el tiempo que nos precede? ¿Cuáles son los modos de mirar y reflexionar sobre el pasado? ¿Cuáles las formas del recuerdo y la memoria?

La cuestión de la configuración del tiempo en la estructuración de la subjetividad ha sido muy bien descrito por Walter Benjamin y que resulta altamente aclarador para explicar la vivencia del tiempo y su valor estructural en la discapacidad. Nos permitimos extraer varias reflexiones de W. Benjamin¹²⁴ dado su gran interés:

¹²² BIANCHEDI, E. T. de; SOR, D. (1981). «Evocaciones y extensiones. Reflexiones sobre algunas ideas de Bion». *Psicoanálisis*, vol. III, p. 2-3.

¹²³ Benjamin, Walter (1999), “El narrador”, en Para una crítica de la violencia y otros ensayos. Iluminaciones IV, Taurus, Madrid.

¹²⁴ Benjamin, Walter. (2008): *Tesis sobre la historia y otros fragmentos*. México, U.A.C.M.

El pasado no es eso que algún día fue plenamente presente; no puede predicarse del pasado un así fue exactamente, puesto que lo que lo caracteriza es ser siempre un ya no, no un presente perdido, sino la pérdida misma, pérdida que sólo se reconoce como tal, que sólo puede tener lugar, como pérdida en el presente”... Conocer el pasado no es reconstruir los hechos como efectivamente han sucedido, en este contexto ese pasado que ha quedado atrás se nos presenta por primera vez, debido a que no es el mismo pasado que ocurrió tiempo atrás, es una construcción nueva. En absoluto, se trata de vivir nuevamente el pasado, sino que aprovechar los escombros de ese pasado en vista del presente que vivimos... La historia es objeto de una construcción cuyo lugar no está constituido por el tiempo homogéneo y vacío, sino por un tiempo repleto de ahora”...En consecuencia, la historia se mantiene en permanente construcción y asiduamente nos proporciona elementos nuevos, actualizando el presente desde el mismo pasado... “La diferencia del presente del cual puede brotar el futuro, es la fisura que el pasado pendiente inscribe en el presente. Que el pasado permanece pendiente, esto es lo decisivo en la concepción benjaminiana”... “Puesto que la pregunta por el ser del yo se contesta narrando una historia, contando una vida, podemos saber –en efecto- lo que es el sujeto atendiendo a la secuencia narrativa de su vida”... transcultural “...el tiempo se hace tiempo humano en la medida en que se articula en un modo narrativo, y la narración alcanza su plena significación cuando se convierte en una condición de la existencia temporal ...

La vivencia del tiempo es algo que nos sitúa en la sensación de algo que pasa, de algo que falta, de algo por venir. En relación con esto, podemos decir que si el inconsciente siempre está en por realizarse y, sin embargo, siempre está ahí, será por que algo falta por hacer. ¿Qué es eso que falta? Lo que faltará siempre, pero que no por ello, cesará de insistir sobre un fondo de ausencia, sobre un imposible. El deseo, que es deseo del deseo de Otro, que es deseo del objeto perdido.

Walter Benjamin¹²⁵ desarrolla magistralmente el concepto de que el pasado es el presente actualizado, de que la palabra actualiza la experiencia del pasado del sujeto y ello viene en relación directa al concepto de falta y de constitución subjetiva de este modo, nos expone:

(...) no se trata de inventar en cada presente un nuevo pasado, sino por el contrario de re-construir por medio del lenguaje, el pasado del sujeto, y esto ciertamente pertenece al orden de lo indeterminado. El pasado del sujeto se repite sin llegar a ser por ello, siempre el mismo. Sólo hay una vuelta al pasado por medio de una pregunta que se hace presente, esto es en su doble acepción, que se presenta, que se exhibe y también que se muestra en el tiempo del presente. Lo que se reconstruye no es el presente, es por el contrario, el pasado del sujeto, como redescrición, sobre un fondo de originalidad. Sólo hay mimesis sobre un fondo de mythos, y viceversa. El pasado no es un tiempo de lo ya escrito, sino por el contrario, puede ser, por medio del lenguaje, reconstruido.

(...) Es de destacar que hasta el momento, lo que se va entendiendo en sentido estricto como pasado no es únicamente lo sido, también hay que considerar como pasado lo que quiso ser y no pudo consumarse. El pasado no es eso que algún día fue plenamente presente; no puede predicarse del pasado un así fue exactamente, puesto que lo que lo caracteriza es ser siempre un ya no, no un presente perdido, sino la pérdida misma, pérdida que sólo se reconoce como tal, que sólo puede tener lugar, como pérdida en el presente.

La historia “no narrada”, corresponde a la historia no dicha de nuestras vidas, que constituyen la prehistoria, en palabras de Ricoeur (2003)¹²⁶, el segundo plano, de las que emerge la historia narrada. Contamos historias porque, al fin y al cabo, las vidas humanas necesitan y merecen contarse. Para Ricoeur, sin narración no habría identificación posible ni del individuo, ni de las comunidades.

¹²⁵La memoria de la infancia. *Aproximaciones desde el pensamiento de Walter Benjamin*. <http://www.tesis.uchile.cl/t>

¹²⁶ RICOEUR, Paul. (2003). *Tiempo y Narración*. México D. F. Siglo XXI Editores.

Sigrid Weigel (1996), identifica de un modo magistral la diferencia entre memoria y recuerdo que son, a la postre, la esencia de nuestro pensamiento y de nuestro reconocimiento. La autora interpreta que esta diferencia esconde un problema en torno a la representación, donde la noción de imagen se funde con una teoría de la memoria. Sostiene: *memoria y recuerdo son categorías con las que se verifican modelos y posibilidades de representación*. Expone que “Memoria (Gedächtnis) y recuerdo (Erinnerung) expresan en la obra de Benjamin dos nociones a través de las que se dirimen dos modelos antagónicos de configuración del mundo. Por ello, la oposición entre memoria y recuerdo puede traducirse en una tensión entre: por un lado una repetición conmemorativa y consensuada cercana a cierta voluntad historicista; y por otro, la construcción de un pasado en el límite entre lo individual y lo colectivo que se presenta como interrupción de la continuidad histórica. *La función de la memoria es proteger las impresiones del pasado. El recuerdo apunta a su desmembración. La memoria es esencialmente conservadora el recuerdo es destructivo. Esta acepción del recuerdo contiene la perspectiva freudiana que refiere a la capacidad del recuerdo de elaborar y reformular el hecho traumático, por ello estima Freud “la conciencia surge en el lugar de la huella del recuerdo*.

Siguiendo con Benjamin, argumenta que si el trabajo de la memoria supone una recepción pasiva que mantiene el sujeto en estado de ensoñación o alienación con el mundo, el recuerdo supone una acción que desestabiliza la mirada, despierta al sujeto mediante una inquietud que aparece en la comprensión del mundo. Es en este sentido que el recordar supone un procedimiento específico que aleja al sujeto de la actitud pasiva que impone la acepción receptiva de la memoria.

En un breve texto, “Desenterrar y recordar”, Benjamin (1992) sostiene que la memoria es algo más que el instrumento para la exploración del pasado, es su medio. Parte de la idea de que acercarse al pasado ha de hacerse como el buen arqueólogo. En este texto, el recuerdo aparece en el gesto arqueológico de la búsqueda. No el hallazgo, no su relato, sino la acción de excavar.

Es en este sentido que Giorgio Agamben (2007) expone, como un elemento central de su obra que la experiencia no tiene su correlato en el conocimiento, sino en la autoridad, es decir en la palabra y el relato; a partir de ella, el individuo adquiere la posibilidad de acción sobre la historia y su presente. Se comprende aquí, entonces, cómo se dirime, en la tensión entre recuerdo y memoria, una discusión sobre las posibilidades de representación.

En la discapacidad, nos encontramos con una historia personal del/la discapacitado/a no estructurante. En el pensar así como en el vivir, es necesario el investimento anticipado del tiempo futuro, siendo esta una carencia importante en la discapacidad. Es a partir de nuestra historia, logros, presente y sobre todo futuro, que intentamos responder quién es el yo. Es tarea del yo forzar su propia temporalidad, lo cual sólo es posible invistiendo un espacio-tiempo futuro y la diferencia de sí mismo a sí mismo. *La apropiación de un anhelo identificador que tenga en cuenta este no retorno de lo mismo, es una condición vital para el funcionamiento del yo*¹²⁷. La historia vivida en el discapacitado tiene dificultades para ser estructurante porque no cuenta, porque no se piensa, porque no se cuenta a otros. Su dificultad de relato, su dificultad de asociación, su dificultad de apropiación de hechos individuales, las escasísimas referencias que hace de su historia y el escaso interés que suscita por parte de los otros, hace que se viva sin historia y, casi, sin pasado. El Yo debe lograr hacer pensable para sí mismo su propio devenir. El discapacitado psíquico, en su dificultad imaginaria, se presenta y *vive como sin pasado ni futuro en un presente ajeno*; es un ser que se vive y se piensa sin historia y sin futuro, ya que lo que, a veces, esboza como ilusiones no son sino propuestas de alienación en el presente inmediato. Lacan (1984) señala cómo el sentimiento de realidad solo se puede organizar en el sentimiento de continuidad histórica. Esta es una de las grandes carencias en la discapacidad: ni tienen facilidad de lenguaje para recordar conscientemente y poder expresarlo, ni su capacidad de asociación les permite encadenar y construir recuerdos, ni se sienten presentes en su memoria histórica, ni les hacemos sentir presentes ni causantes de su historia. En consecuencia, presente es lo que ha llegado a ser y tenemos delante y asimismo lo que quiso ser y se malogró. Si el primer presente es historia real, el segundo es sólo presente como posibilidad.

¹²⁷David Benhaïm, (2009) "*Luis Hornstein, une introduction à son oeuvre*", publicado en 2009 por Canadian Journal of Psychoanalysis / Revue canadienne de psychanalyse, en el volumen 17, número 2.

En ese sentido, Bion (1971), nos dice en su obra de *“La Memoria y el Deseo”*, respecto de la memoria que tiene que ver respectivamente, con las impresiones sensoriales de lo que se supone que ha ocurrido y las impresiones sensoriales de lo que todavía no ha sucedido.

Habría que agregar que ni la repetición ni la creación son nunca absolutas. Nada puede nunca ser absolutamente repetido, repetido rigurosamente idéntico, y así lo metaforizaba Heráclito: *“no entrarás nunca dos veces en el mismo río”*.

Por ello, decimos que no se sienten parte de su historia y, por tanto, tampoco se sienten autores del presente ni, por supuesto, del futuro. Alguien sin proyecto diríamos que es alguien sin presente, así como alguien sin pasado no puede tener un presente activo. Diría que esto es, quizá, lo más importante para comprender y posicionarse frente al discapacitado; y diría que esto es lo que, con mucha generalidad, nos lleva a tratarle como huérfano de sí mismo, en unas relaciones con la sociedad bastante protésicas.

Rescato dos bellas y complejas definiciones a cerca de la configuración del tiempo de Cornelius Castoriadis (2001).

- El perpetuo rezumar de lo nuevo en la porosidad del ser
- Lo que **altera** a lo idéntico incluso cuando lo deje intacto

Una de las consecuencias de esta dificultad de la vivencia del tiempo y de la historización, es que la persona con discapacidad mental se convierte en un niño eterno. Al discapacitado se le sitúa en una eterna infancia de la que le es muy difícil salir. Podemos decir que son tres los modos en los que se afianza esta eliminación de la vivencia del tiempo y que les perpetúan en ese lugar de niños eternos y que son los siguientes:

- Interrumpir el flujo de novedades y privar de la espontaneidad, haciendo que todo sea ordenado y pensado por otros
- Impermeabilizar al ser, desde la comprensión de que son débiles y no pueden soportar la contradicción y la frustración.

- Impedir la alteridad, no siendo necesitados para la convivencia y desarrollo de los demás, no recibiendo la impronta de lo que pueden aportar para los otros.

Es importante destacar momentos en los que la persona con discapacidad mental anula su voz propia. Esta es en una entrevista familiar; ahí suelen quedarse mudos, en silencio, esperando “ser hablados” por los padres o por la familia. Este es un modo de alienación que da cuenta de su funcionamiento psíquico, en el cual la historia – su historia – es contada por otros. Este estilo desarrolla modos de relación en los cuales tanto familiares como profesionales dialogan por encima de ellos, sin siquiera contemplar silencios para que emerja su palabra y su modo de significar lo que allí se dice.

El trabajo, por tanto, es posibilitar la autonomía para “decir y decir-se”, también para “desdecirse”, es decir, que la persona con discapacidad pueda sentir que él tiene algo que decir y algo que proponer para él mismo y para los demás, así como un modo peculiar, diferente, de entender las cosas comunes. De este modo, hacen ver que tienen memoria, que su modo de recordar y de memorizar tiene que ver con su comprensión y con el espacio en el que se les deja emerger.

Piaget ha insistido, en diferentes textos, que existen dos grandes posturas frente a la memoria entendida en sentido amplio. Según Piaget (2007), se puede pensar, por una parte, que es el mecanismo central de la mente, teniendo como papel *la conservación de todo el pasado*. Por otra parte, se la puede entender como *inteligencia en cuanto conocimiento del pasado*. En la primera de las vertientes, se supone que la memoria se halla totalmente organizada y determinada, hasta en sus más mínimos detalles, por el desarrollo vital. Mientras que en la segunda de las perspectivas antes mencionadas -- obviamente la suya-- hay que pensar en una estructuración selectiva, que supone una *reorganización permanente* de la memoria. *No creo que las etapas iniciales determinen todo lo que vendrá. Creo que la verdad se encuentra en que el pasado determina el presente, pero el presente influye en nuestras interpretaciones del pasado, de modo que siempre se interpreta en función de la situación actual; hay una interacción entre el presente y el pasado.*

Se trata entonces, como lo reseña muy pertinentemente S. Le Poulichet, de una memoria *plural*, que no puede de ninguna forma dar lugar a un registro único de una vivencia. La memoria plural no sería sino una red en donde sólo la relación de un elemento con otro podrá darle valor a un recuerdo.

Por todo ello, un trabajo esencial con la discapacidad para conseguir un desarrollo psíquico más avanzado es el de trabajar el recuerdo, es el de posibilitar la construcción de un espacio propio para pensar, memorizar y recordar.

6.7. Dificultad de metaforizar y de asociar

La capacidad de la asociación y de la metaforización es la inclusión del tercero en la vida psíquica. La inclusión del tercero supone una liberación de la relación dual con el otro, de la relación de exclusión, de la posibilidad de la satisfacción. En la discapacidad intelectual, el tercero aparece de un modo muy débil si hablamos de una discapacidad ligera o medio-ligera y de un modo escaso o nulo si hablamos de la discapacidad media o profunda. Ese lugar tercero, la terceridad en la discapacidad, ocupa un lugar vacío y opaco en el que no puede representarse algo de lo propio, algo del trabajo de la representación.

En toda asociación, al asociar, algo se pierde, algo cae, la unión de conceptos no es completa; asociar significa de por sí el sentido de la pérdida y la necesidad del desplazamiento para continuar en la búsqueda de significación. Esa pérdida se recupera en el encuentro de otra asociación, y con otra, y con otra. Ese desplazamiento supone un psiquismo capaz de soportar esas pérdidas. La asociación evoca siempre a un escenario previo y otro por venir; convoca a la creación de un argumento que da continuidad a las diferentes escenas; para eso, se precisa de una experiencia satisfactoria de argumentación de a dos, es decir, de haberse sentido como sujeto causa y parte de las asociaciones de vida de los cuidadores principales. Es esta vivencia, lo que causa la sensación de psiquismo y de poder sentirse vivo en esa dinámica de significaciones encadenadas. Pues bien, es muy frecuente que el discapacitado psíquico no se sienta causa ni parte de la vida de relación y tenga verdadero pánico a sentirse vivo en esa línea discontinua que se da en el proceso asociativo.

Es evidente la dificultad de asociar y de entrelazar conceptos y ello nos lleva al concepto del “*pensamiento focalizado*” que les caracteriza también. El pensamiento de lo concreto domina el razonamiento y la representación de sí. El discapacitado tiene verdadera *pasión de ser-lo-otro*, o también lo podríamos llamar, en cierta medida, *pasión de alienación*. Su seguridad le viene en lo concreto, en **aquello que es**, en lo que permanece inalterable. Lo inalterable es lo que permanece, lo que siempre es y no duda de ser eso. El pensamiento de lo concreto, le da la unidad que no tiene, le ofrece la ilusión de poder ser en la “cosa”, de lograr escapar a la sensación vertiginosa que le causa cualquier posibilidad de asociación o de abstracción. *La pasión de ser-lo-otro* no es la pasión de ser parte o de formar parte de algo; es la necesidad de ser otra cosa y así anular las diferencias. Ahora bien, al ser esto imposible, vuelve a iniciarse el ciclo de la alienación. Sabemos que la vivencia de las diferencias es causa de gran angustia en la discapacidad.

Para Ricoeur (2001)¹²⁸, *la metáfora será el proceso lingüístico por medio del cual el discurso es capaz de redefinir la realidad. Modifica la realidad por medio de la unión entre ficción (mythos) y redescrición (mimesis). De manera que, la metáfora se constituiría en la forma que tiene el discurso de liberar el poder que tienen ciertas ficciones de redefinir la realidad. ¿De qué manera unir esta doble temporalidad en la palabra de la metáfora? La metáfora tiene la función de unir esta espacialidad temporal, dos tiempos aparentemente inconexos. La aparición de la metáfora es la emergencia del sentido en el discurso del sujeto. Sentido que emerge en la conjunción de las dos temporalidades psíquicas. La metáfora no es una mera sustitución.*

Al igual que en el tema asociativo, la metáfora es algo que no es muy posible en la discapacidad psíquica. Si bien la asociación es la posibilidad de establecer puentes, estos no toman valor sino obtienen una ligazón intencionada y un sentido nuevo que adquiere al establecerse la relación. De esta manera, la metáfora no sería una simple sustitución o un poner una cosa en lugar de la otra, sino que habría que situarla en el movimiento creador y generador de nuevos sentidos en una nueva redescrición de la realidad. La metáfora da lugar a vincular conceptos que en primera instancia no tendrían vinculación y es

¹²⁸Ricoeur, P (2001)., *La metáfora viva*, p.143.Trotta, Madrid.

precisamente esta ligazón la que abre nuevos sentidos y da lugar a nuevos modos de vinculación. Por ello, la metáfora puede ligar y conectar realidades dispares, realidades incluso contrarias, salvando lo espacio-temporal. Es esta otra dificultad en la discapacidad: la sensación de subjetividad se pierde en este vaivén de ligazón de sentidos, es decir, el sentido fallido del discurso.

Consecuencia de esta dificultad de metáfora es la casi imposibilidad que se da del juego, de participar en lo imaginario del juego. Existe mucha dificultad en ubicarse en el *“como sí”* que les sitúa en la literalidad, como ausentes del mundo de las representaciones. En muchas ocasiones, se les observa en el esfuerzo de acercarse a ese *“como sí”* y, entonces, se produce una sensación de impotencia, angustia y desamparo que resuelven con salidas de tono o desmotivación, y, por otra parte, pueden sentirse deprimidos y *“fuera de lugar”*, *“fuera de discurso”*, llevándoles esto a posiciones infantiles en las que reclaman amparo. Cuando van progresando en sus elaboraciones mentales, lo primero que se destaca en sus relaciones son intentos de ironizar situaciones, bromas y propuestas de *“como sí”*. Para que esto pueda suceder, es indispensable que sean tratados como sujetos de deseo en construcción.

Cuando existe una dificultad para el aprendizaje, se produce un malestar en tanto que el sujeto se ve incapaz de transformar la realidad y de ser creativo. Así, nos encontramos con un problema de relevancia social, ya que las posibilidades de pensar un futuro en relación a un pasado y a un presente, existe en la medida en que se es capaz de aprender de la experiencia, de los errores y de sus efectos.

6.8. Literalidad del lenguaje

La palabra une la huella visible con la cosa invisible, con la cosa ausente, con la cosa deseada o temida, como un frágil puente improvisado tendido sobre el vacío¹²⁹.

Italo Calvino,

El lenguaje en la discapacidad tiene unas peculiaridades especiales. El lenguaje del discapacitado no da cuenta de él mismo. Unido a la dificultad o imposibilidad de metáfora, el lenguaje no ha tenido nunca otra ubicación que la linealidad, la literalidad. Hay que precisar que el lenguaje tiene su raíz en el espacio transicional. Inspirándonos en la teoría de Winnicott, se puede describir el acto de hablar como un fenómeno transicional, en el cual el niño manipula a su modo los sonidos al mismo tiempo que tiene el placer de entenderlos, desde una posición en la que ocupa el límite del dentro y fuera, aprehendiendo la palabra es como un sonido que contiene los límites del yo y del objeto.

Esta comparación del lenguaje con los fenómenos transicionales puede aclararnos las dificultades que algunos niños tienen con los juegos con las palabras, con las metáforas y con el placer que los otros pueden tener en esos juegos. Sin este placer de jugar con el significado de las palabras, en el que se intercambia el sonido y el significado, permitido y satisfactorio para los otros, no es posible estructurar un reconocimiento subjetivo en las palabras que nombran las cosas.

Es de interés traer aquí el concepto de palabra plena y de palabra vacía que expone Lacan (1981) en sus Escritos, en el trabajo de *“Función y campo de la palabra y del lenguaje en el psicoanálisis”*, y describe que una palabra vacía es solo información y no compromete al sujeto; por el contrario, una palabra plena, lo llena de sentido y lo compromete, siendo esto lo que lo transforma. Solo una palabra plena es lo que lleva al reconocimiento del deseo.

¹²⁹ Italo Calvino, (1998) *Seis propuestas para el próximo milenio*. SIRUELA

Según Bruner (1983), porque el lenguaje del adulto, en especial de la madre, es muy importante para el bebé y el niño, hace que sea un factor primordial en la experiencia de desarrollo del niño y hace posible que el desarrollo no sea puramente sensorio-motriz, sino que eso tome forma con la entonación y la forma del lenguaje que se le dirige. Es curioso observar cómo el discurso del débil mental, suele carecer de vitalidad, de melodía, de viveza interior.

El niño accede al lenguaje a través del diálogo, en muchísimas ocasiones ininteligible, que dirige a su madre o cuidador principal, y a través del deseo que ésta o este le mantiene. Este juego hablante, inteligible o no, es lo que hace el niño se reconozca como que él dirige el diálogo y es recibido con interés, es decir, le permite sentirse como alguien deseante y, por tanto, emitiendo palabras plenas de sentido.

La literalidad del lenguaje alude a la “cosificación” a la que se ve determinado el sujeto en el que se ha detenido la vía de la significación. No hay nada más seguro que lo literal, cuando lo que se dice, dice lo que se dice, cuando la cosa está presente sin ambigüedad, sin “ambages” al decir de Lacan, sin paradoja en el sentido Wicottiniano; y en este sentido, sino hay paradoja, no hay sujeto que pueda balbucear el decir del otro. Porque, ¿cómo se aprende el lenguaje sino es balbuceando el lenguaje del otro? El lenguaje es un modo de apropiarse de los signos del otro, cuando esos signos están a disposición del bebé. Cuando esos signos no lo están, el sujeto no tiene otra posibilidad que la de cosificarse en el lenguaje para poder ser de este modo un objeto del otro, aunque con la particularidad de que no se da el intercambio, la paradoja, la posibilidad de ocupar en lugar de sugerencia para el deseo del otro. El lenguaje, de este modo, aplasta el espacio de vínculos y aplaca la angustia de aniquilación consiguiente.

La dimensión del lenguaje no es solo un mero transmisor de información, sino que tiene todo su sentido en la comunicación intersubjetiva que determina respuestas e intenciones. En su utilización, no se puede tomar el lenguaje literalmente en su totalidad ya que, el conocimiento presupuesto e implícito de los interlocutores, ciertas suposiciones, la situación y la acción están interrelacionados. Esta es la gran dificultad en la debilidad mental.

El sentido de la comunicación dista mucho de ser un elemento estático, sino que está vinculado a las funciones del enunciado, a la posición del sujeto hablante, etc. Es decir, el sentido de la comunicación no se reduce a su contenido representativo.

Como afirma E. Benveniste, (1979)¹³⁰ *solo la intersubjetividad es posible en la comunicación verbal. Toda emisión será portadora no sólo de sentido sino también de referencia. Quienes se comunican, tienen precisamente en común determinada referencia de situación a falta de la cual la comunicación como tal no se opera, por ser inteligible el "sentido" pero permanecer desconocida la "referencia;...concluimos que con la frase se sale del dominio de la lengua como sistema de signos y se penetra en otro universo, el de la lengua como instrumento de comunicación, cuya expresión es el discurso.*

Se trata de dos referentes diferentes, aunque se encuentren en la misma realidad, pero dan lugar a un cruce de caminos a cada paso. De una parte, nos encontramos con “la lengua”, que es el conjunto de signos formales, y de otra, la expresión de la lengua en la comunicación viviente. He aquí la cuestión diferencial y es el de la falta de viveza de la comunicación.

En este sentido, son elocuentes las palabras de Bakhtin¹³¹ (Voloshinov) en 1929: *la verdadera realidad del lenguaje no es el sistema abstracto de formas lingüísticas, ni el habla monologal aislada, ni el acto psicofisiológico de su realización, sino el hecho social de la interacción verbal que se cumple en uno o más enunciados...* la interacción verbal, entonces, es la realidad fundamental del lenguaje [...] Todo enunciado, por importante y completo que pueda ser, es sólo un momento en el proceso continuo de la comunicación verbal.

Podemos decirlo también de otro modo: en el lenguaje, la relación significante-significado no es biunívoca, no es simétrica y, en rigor, en el lenguaje nada es lo que parece. Si el lenguaje es constitutivo, lo es por la multiplicidad de referencias y, aquí, la persona con discapacidad se pierde, *no se siente referencia de referencias*. En consecuencia, toda

¹³⁰ Edgardo Corona, Pablo (2005) : Paul Ricoeur : *lenguaje, texto y realidad*, p.105. Ed. Biblos. Buenos Aires.

¹³¹ Bakhtin (Voloshinov) (1976): *El Signo Ideológico y la Filosofía del Lenguaje*. Buenos Aires, Nueva Visión, p. 118.

emisión será portadora no sólo de *sentido* sino también de *referencia*: “*Quienes se comunican, tienen precisamente en común determinada referencia de situación a falta de la cual la comunicación como tal no se opera, por ser inteligible el "sentido", pero permanece desconocida la "referencia"*”¹³².

Por la estructura misma de la constitución del lenguaje, se queda en una posición muy difícil para la discapacidad psíquica; el lenguaje, lo es porque siempre aboca a otro lugar y se inicia para llamar y lograr la ausencia. Palabra y cosa, objeto y sujeto, no pueden tener una representación común en la discapacidad, o, al menos, tendrán una representación muy debilitada. El lenguaje, en sí mismo es metáfora, es desplazamiento de sentidos, es nombrar lo ausente. Y es aquí donde la persona con discapacidad encuentra una gran dificultad para lograr comunicar, para lograr comunicarse.

Presentan dificultades en el lenguaje y el habla y, por lo tanto, sus modos de comunicación pueden ser precarios, repetitivos y ritualizados. Su modo de estar pegados a la palabra del otro, no les permite “*leer entre líneas*”; es decir, poder jugar con los sentidos diversos que el lenguaje ofrece. Al mismo tiempo, en muchos casos, las expresiones afectivas (alegría, tristeza, sorpresa, dolor, etc.), están pendientes de codificar; es decir, hay que metabolizarlas en palabras. Todos sabemos que el entendimiento se sitúa más allá de las palabras.

Un efecto de la literalidad del lenguaje es la casi imposibilidad o gran dificultad de entender el chiste. La risa involucra lo psíquico, el cuerpo y lo social; sutura por unos momentos las fronteras existentes entre la psique, el cuerpo y los vínculos sociales. Reír de los mismos chistes implica mancomunidad inconsciente. El chiste ilustra el que las palabras siempre expresan algo más, algo menos o algo distinto de lo que pretenden decir. El chiste, al igual que las otras formaciones del inconsciente, es una metáfora: un significante sustituye a otro, quedando este último en conexión metonímica con el resto de la cadena.

El chiste termina cuando el oyente lo sanciona con su risa. El chiste necesita de una tercera persona; esta instancia es el código compartido. ¡¡La alteridad!! El chiste se comparte; es la

¹³² Ibidem

más social de las formaciones del inconsciente. El chiste no adquiere sentido sino en el intercambio. Tiene que haber una comunidad de saber, de conocimientos. El chiste y la risa confirma la comunidad inconsciente entre emisor y receptor; condición indispensable para la captura del sentido. El humor es tan sutil y no puede producirse allí donde hay inhibición intelectual o dolor o C.I. Bajo. Reacio a la polisemia de la lengua, el débil mental lo es también hacia todo lo que sea equívoco. La metáfora no hace eco en él para nada, el juego de palabras le es insoportable, la incompreensión que tiene a su respecto le revela su insuficiencia.

Cualquier despegue imaginario lo asusta en la medida en que pone en duda un equilibrio construido sobre un nivel mínimo garantizado. Dificultad de plegarse a la asociación libre para mantenerse en un discurso vacío, estereotipado, hecho de lugares comunes, sumergido en la banalidad cotidiana.

6.9. Dificultad de tolerar la frustración

La dificultad para tolerar frustración puede obstruir el desarrollo del pensamiento y de una capacidad de pensar, aunque, por otra parte, la capacidad de pensar disminuiría la sensación de frustración inherente a la apreciación de la distancia entre un deseo y su satisfacción.

Entiendo que otra cuestión principal es la derivada de la tensión que les genera la sensación de contradicción, la ambigüedad y la incertidumbre. Son tres rasgos que propician el bloqueo mental y cierta disposición a actitudes maníacas y defensivas, que suelen confundirse con agresividad y conductas de riesgo. Sin embargo, son conductas derivadas de un proceso de pensamiento que no termina de poder elaborarse y necesitan poder expresar la tensión propia del momento.

La sensación de contradicción les hace ubicarse como en un sinsentido, perdidos y confrontados con un vacío. Se inclinan al bloqueo mental ante no saber resolver. La dificultad en resolver dicha contradicción no es tanto por la dificultad de valorar las

distintas posibilidades, sino por no saber qué representan esas posibilidades para los demás de su entorno inmediato, por no saber qué lugar de valor van a ocupar después. Tienen deseos decididos de hacer, pero no saben qué hacer antes.

La sensación de la ambigüedad les sitúa en una posición un poco más difícil, ya que no tienen la misma actitud decidida y la resuelven con desmotivación. La cuestión aquí no es que no les motive lo que habían pensado o que se les haya planteado; la cuestión es que no saben cómo hacer, en qué pueden sentirse mejor, en qué pueden ser mejor aceptados.

La sensación de incertidumbre es un poco más angustiosa, ya que su posición es la de tener que resolver sin saber si van a saber hacer o qué se les pide hacer; la respuesta va a ser un incremento en su ansiedad y actitudes que pueden resultar agresivas y muy defensivas.

La frustración entronca directamente con la sensación de la falta de sentido, con la falta de representación, con la falta de encontrar un sentimiento amable de Sí-mismo. En la discapacidad, el Sí-mismo, como hemos visto antes, es en muchas ocasiones, un Sí-de-otro y, por tanto, la frustración les saca todavía más de algo que les pertenezca, de la propiedad de lo que sientan, padezcan o disfruten.

La comunicación con el lenguaje y, por supuesto, el respeto a su tiempo y a sus dudas, son dos medios especiales para poder devolverles la propiedad de lo que sienten, y, aún más, la propiedad de lo que sufren, es decir, la propiedad de lo que dudan, siendo muy importante esto último. Una vez más insisto en que esto creo que debe de ser el trabajo esencial con la discapacidad. Si precisamos, estamos hablando de que la frustración es un estado emocional y que es desde la acogida de ese estado, desde la recepción respetuosa, que no plañidera ni invasora, como lo van a poder resolver. Es desde esa interlocución como van a poder “construir” aquello que les ocurre.

La frustración, tanto como la contradicción, la ambigüedad y la incertidumbre, no son solo momentos de confrontación, sino que en realidad son momentos de “verdad”; son momentos de “verdad subjetiva”, momentos en los que aparece la subjetividad y, por

tanto, aparecen también dos cuestiones importantes. Por una parte, la falta de apropiación de lo interno y, por otra, un sentimiento de desvalimiento importante.

Creo oportuno traer aquí el concepto de *Revèrie materno* de Bion, que incluye la idea de que el bebé humano recibirá la comunicación de la verdad de los sentimientos de la madre, no a través de palabras, sino a través de emociones, que puede obviamente recibir, aunque probablemente aún no comprender. Es de este modo como el niño va a ir ubicándose en relación a los demás, intuyendo como ubicarse y, también, pudiendo construirse en cada comunicación. En esta relación comunicativa, nuestras necesidades van a tomar un sentido u otro en función de la respuesta y aceptación del otro.

Creo que en demasiadas ocasiones no les dejamos pasar por esas experiencias de “verdad subjetiva”, desde la concepción de que no van a poder resolverlas. Es seguro que si dejamos que sucedan, damos el espacio suficiente de escucha y, lo que es muy importante, no nos sentimos embargados de impotencia ni de fragilidad, lograremos que puedan hacerse cargo de sus dudas, aun cuando no las resuelvan.

Por otra parte, sabemos que la duda es lo que permite el pensamiento, no la certeza. Podemos decir que justo porque el lenguaje transmite medias verdades, introduce la incertidumbre y permite la búsqueda de razones, es por ello que podemos tener la sensación de pensamientos verdaderos, que no son otros que pensamientos en busca de razón.

6.10. Desvalimiento subjetivo y dificultad intersubjetiva

Comenzaría con la aportación que nos hace René Kaës (2007) a cerca de la intersubjetividad; nos dice que la intersubjetividad es el espacio psíquico de relación, imprescindible, que se tiene que dar entre dos o más sujetos. Desarrolla el concepto de este espacio, a la postre, común, como algo compartido pero diferenciado, y que comprende los procesos y la vivencia de una experiencia individual que es constituyente para cada sujeto, pero que a su vez procede de ese espacio común. Es aquí, nos dice R.

Kaës, lo que da lugar a la creación de lo singular que proviene del establecimiento de un “nosotros”.

La elaboración del lenguaje, entonces, se da en el seno de la vivencia intersubjetiva. La intersubjetividad es la relación de la interacción, de la comunicación, del intercambio, siendo lo único que puede permitir que las cosas tengan significado; por ello, la vivencia intersubjetiva es una necesidad para la constitución psíquica, porque implica como mínimo la participación, el reconocimiento de dos personas. Es esta relación de necesidad la que permite la aparición de lo propio en relación a lo ajeno del otro, en relación al deseo del otro. Bernard Brusset¹³³ la define del siguiente modo: *la intersubjetividad es una noción descriptiva que implica la reciprocidad entre dos sujetos, entre dos seres deseantes; ella está hecha de una co-actividad psíquica diferente de aquella que es propia de cada uno.*

En las relaciones que observamos en los discapacitados, es fácil observar unas peculiaridades muy significativas. Las relaciones entre ellos no suelen tener las mismas características que con los demás. En las relaciones entre ellos, parece observarse que no hay una exigencia vital y comprometida de reconocimiento subjetivo; tienen la necesidad de sentirse acompañados y de sentir que participan de lo mismo; ese es su reconocimiento. Se expresan con bastante sinceridad y sintonía, en la que a veces se comunican más por la mirada que por la palabra. Se suelen sentir bien estando juntos en un mismo espacio; se buscan, se agrupan, no siendo lo principal el lenguaje. Podría decir que no se encuentran en una especial competencia de reconocimientos. Esta relación se caracteriza porque no se basa en la metáfora en sus lenguajes. Es un imaginario sin preguntas.

Cosa bien distinta se da en su relación con los otros que no sienten como semejantes. La no semejanza aparece en cuanto desde la parte del interlocutor aparece la pregunta, la metáfora, el doble sentido del lenguaje. Su posición entonces se vuelve más ambivalente, situándose entre la dependencia y la defensa, bien sea esta en modo de agresividad o en modo de inhibición y desmotivación. Tanto en un caso como en el otro, lo que observamos es que no hay un intercambio subjetivo, sino más bien, una posición de alienación, donde

¹³³ Bernard M. (2006) *Vínculo y relación de objeto*, Revista Psicoanálisis e Intersubjetividad Nº 1, <http://www.intersubjetividad.com.a>

no hay una posición de sujeto de la enunciación y más bien una posición de ser el enunciado. Lo más grave de esta posición, es la gran dificultad, y, en muchas ocasiones, de imposibilidad, de sentirse en una posición deseante y no solo demandante.

En esta línea se encuentra la definición de discurso de E. Benveniste¹³⁴: *toda enunciación supone un locutor y un oyente, y, en el primero, la intención de influir en el otro de alguna manera.*

Parafraseando a Lacan (1981), nos dice que *el sujeto lo es de una alteridad y en el interior de ella podrá lograr la identificación para poder construirse subjetivamente; el acceso a la intersubjetividad es consustancial con la aparición del "je", entre los dos y los tres años.*

¿Cómo se da entonces la comunicación en la discapacidad? Siguiendo a Yves de la Monneraye (1999), entendemos que la comunicación solo es posible cuando implica la cuestión de considerar al otro como un sujeto. Es la presencia pausada del otro lo que le va a suponer un reconocimiento sereno, una posibilidad de poder ser, una facilidad de poder manifestarse de un modo sereno y, muy probablemente, acogedor. Creo que se da una especial habilidad para saber si el otro se encuentra en un registro de comunicación parecido o no, para saber el grado de aceptación de sus ritmos, de su lenguaje, de su incertidumbre. Cuando el otro le genera cierta inquietud, su posición se vuelve más inhibida y defensiva. Por el contrario, si encuentran espacio para aparecer, la relación se vuelve más armónica y comunicativa. Roque Hernández (1995) expone que *hablar es reconocer y aspirar a ser reconocido por el otro en tanto sujeto portador de una palabra que vale, más allá de que sea palabra sabia, loca, verdadera o mentirosa, etc. Para hablar necesitamos que alguien reciba eso que vamos a decir, necesitamos de un lugar con ciertas condiciones.*¹³⁵ Nos podemos preguntar aquí qué lugar es el que necesita el sujeto con discapacidad psíquica para poder sentirse en comunicación. Podríamos pensar que se pueden ocupar varios lugares: el de la pregunta, el de la escucha para orientar, el de la protección, el del aprendizaje, el de la espera activa, el de la interlocución, etc. Cada

¹³⁴ Benveniste, E. (1974): «Les relations de temps dans le verbe français». En *Problèmes de Linguistique Générale*. París, Gallimard, p. 241

¹³⁵ Hernández, Roque (1995) "El lugar de la escucha en una institución, ¿qué es eso?", en "Cuestiones Abiertas sobre la discapacidad psíquica". Alicante: Diputación Provincial de Alicante,

espacio va a tener unas repercusiones claras y supone una posición comprensiva de la discapacidad y que va a determinar con qué singularidad de la discapacidad queremos desarrollar.

Queda claro que la intersubjetividad es el espacio de la producción y reconocimiento de vínculos, el espacio en donde se tejen aquellas representaciones que dan lugar a lo que se vive como compartido y que permite el reconocimiento mutuo. Retomando a R. Kaës (2009), dice que el vínculo se gesta en el “entre” desde donde se transmite en un espacio en el que tienen que coexistir dos procesos indisolublemente imbricados. Es imprescindible citar las cuatro apoyaturas que nos continúa describiendo R. Kaës:

- *La experiencia corporal (tiempo formador decisivo: el tiempo del apego fusional inicial).*
- *La experiencia intersubjetiva, el “nosotros”.*
- *La experiencia intrapsíquica (significando y resignificando de modo singular y único, los sentimientos, las ideas, dando un sentido a las expresiones, gestos, actos de los otros en el nosotros).*
- *La experiencia social (tiempo histórico, espacio geográfico, condiciones socio-económicas, culturales, religiosas).*

Es imposible que, sin la conjunción de esas apoyaturas, pueda darse la constitución de la subjetividad. Considero que la discapacidad psíquica está delimitada por la inexistencia de alguna o de varias de esas apoyaturas.

La intersubjetividad es la sensación imaginaria de comprensión mutua y aquí entran en juego nuestras mentes y nuestros estados afectivos intencionales. Una cosa es «preguntar a...» y otra «preguntarse con...». En el primer caso recopilaremos «información»; en el segundo probablemente construiremos «conocimiento» poniendo en juego nuestros saberes.

Esta dificultad de vivir en la intersubjetividad, es lo que produce el sentimiento de desvalimiento subjetivo que le impide asentarse en el deseo. Por otra parte, también

podríamos decir que la intersubjetividad es la que permite la capacidad de aprendizaje. Para poder aprender, necesita conectarse con lo que ya conoce y autorizarse a «mostrar», a hacer visible aquello que conoce. Pensar, aprender, es siempre una apelación al otro, una confrontación con el pensamiento del otro y, si bien, es un proceso intrasubjetivo, acontece en la intersubjetividad.

El sujeto es un ser que habla y, ello, por dos razones. La primera es que está habitado por el deseo de dar, a las representaciones de las experiencias por las que pasa, el sentido a través de palabras, imágenes, gestos y emociones. Y la segunda razón es que estas representaciones son válidas para él, siempre y cuando sean validadas por un tercero.

6.11. Dificultad de imágenes y lenguaje

*La mente debe ver antes de que
pueda creer.*

Alexander Graham Bell

El pensamiento en imágenes deja en nosotros huellas distintas de las palabras, nacidas del proceso secundario, moviliza el proceso primario que nos interesa y nos afecta de modo muy diferente. Las imágenes son mediación entre la realidad externa y la realidad psíquica, las imágenes permiten hacer vínculos en la realidad intrapsíquica del sujeto porque ellas son objeto de intercambios subjetivos.

El pensamiento en imagen permite intercambios de identificación en apoyo, en apuntalamiento sobre los intercambios de imaginarios. Llamo simbolización al proceso de ligazón entre el proceso primario y el proceso secundario mediante los procesos terciarios, tal como los ha definido André Green. Se trata de descubrir en qué, el pensamiento en imágenes puede favorecer esta ligazón, por la existencia de una imagen mediadora que condensa en sí misma la imagen del sujeto.

Freud decía que el arte organiza otra clase de realidades, a diferencia de lo que él llamaba “la realidad del principio de realidad”. *En lo posible se crea nueva zona de realidad*. De esto hablaba Bachelard al decir que en la palabra poética “*la expresión crea ser*».

En relación a la imagen, podemos articular que no se constituye de un solo modo y que siempre está en movimiento. Así, podemos decir que la imagen es la mediación entre:

- el adentro y el afuera; la creación de la realidad cotidiana y también de la realidad psíquica, desde las aportaciones de Freud, Wallon, Piaget y tantos otros, nos describen que eso no es posible sin la creación y el apoyo de las vivencias sensoriales en imágenes que les den soporte. Sin esa unión de sensorialidad e imagen, que Piera Alaugnier describió como “Pictogramas” no sería posible la creación de realidad psíquica y realidad de pensamiento. Es también lo que Winnicott describía como la unión psique-soma o Vigotski la zona de proximidad.
- entre el sujeto y el grupo, entre el sujeto y el otro, entre el sujeto y él mismo; el sujeto toma la imagen de su propio yo desde las imágenes que provienen de su mundo de referencia y de cuidados, es decir, somos las imágenes que recibimos en los cuidados que nos dan la vida sensitiva y emocional.

La producción de la imagen es la resultante de la relación inherente entre lo consciente y lo inconsciente. Es, por tanto, una creación que viene desde lo preconscious en el espacio de lo imaginario.

La imagen también permite al grupo representar el vínculo, el vínculo entre los miembros del grupo. La cuerda, por ejemplo en el autista, representa a la vez el vínculo que es amenaza de alienación, que encadena, pero también el vínculo que reasegura, garantiza la seguridad y la continuidad. La cuerda representa el vínculo, es decir, la relación con lo que ella pone en juego en cuanto a ambivalencia con el objeto, peligroso y asegurador a la vez.

Necesitamos pensar en imágenes, porque la metáfora es una de las vías que se abren hacia la simbolización. La imagen habla de la situación «ahora y aquí» que intenta representar.

Las imágenes tienen además la característica de ser maleables, como lo puso en evidencia Marion Milner¹³⁶. Se transforman, se modifican, evolucionan, en función del aporte de cada uno. La imagen se transforma y se deforma, tranquilizaba y ahora da miedo. Todas las facetas de la realidad psíquica pueden ser evocadas y representadas. El pensamiento en imagen permite intercambios de identificación en apoyo, en apuntalamiento sobre los intercambios de imaginarios. En este sentido, Vacheret nos argumenta¹³⁷:

Vemos que lo que caracteriza la cadena de imágenes asociadas es el hecho de que ellas están siempre ligadas a los afectos. Yo sostengo la idea de que la imagen y el afecto son una pareja inseparable. Es la razón por la cual yo hablo de imagen y no de representación, pues la representación, puede estar separada del afecto, como es el caso en la clínica de la personalidad obsesiva que pueden hablarnos de recuerdos muy impresionantes, sin afecto, sin emoción, logrando clivar el afecto de la representación de la escena traumática. En consecuencia, la imagen que se manifiesta en el pensamiento en imágenes, está muy próxima al inconsciente y está también de hecho próxima a la experiencia perceptiva, corporal, que inscribe los trazos del psiquismo, los trazos sensoriales, del orden de las primeras percepciones religadas a las primeras emociones, en la experiencia precoz del sujeto, en el vínculo primario de la madre y el hijo.

En el sujeto, el pensamiento se estructura a partir de imágenes, abriendo esto a su vez el espacio de la simblización. Las imágenes se convierten en una mediación entre la realidad externa y la realidad psíquica: las imágenes permiten establecer relaciones en la realidad intrapsíquica del sujeto, porque ellas son el objeto de los intercambios intersubjetivos.

La imagen como mediación en el dispositivo grupal, da la ocasión de movilizar el proceso primario del lado del inconsciente, en un movimiento de regresión necesario a toda figuración inicial. Es a partir de este modo de figuración que puede llegarse a un auténtico proceso de simbolización. Cuando hablo de simbolización, lo que quiero

¹³⁶ Vacheret C (2000). «La imagen mediación en el sueño, la imagen, mediación en el grupo», Revue de l'association argentine de psychologie et psychothérapie de groupe, (Revista de psicología y psicoterapia de grupo), XXIII, 2, p.206

¹³⁷ Ibidm, p.200

decir es el proceso de relación entre el proceso primario y el proceso secundario por intermediario de los procesos terciarios, como los ha definido André Green.¹³⁸

La inhibición intelectual, la dificultad de asociación, la complicación que les supone el recuerdo en la discapacidad, no provienen sino de la difícil creación de imágenes que les ayuden a poder hacerse cargo de lo que sienten, padecen, disfrutan y piensan. No puedo menos que traer aquí la importancia del Arteterapia para la creación de herramientas simbólicas que facilitan la producción de imágenes.

6.12. Imagen distorsionada del cuerpo

La imagen del cuerpo es el reflejo de todo lo que el sujeto ha vivido en sus relaciones con lo que le rodea, no sólo en lo que él ha sentido, sino en lo que ha captado simbólicamente”

Daniel WIDLÖCKER

Abordo ahora un concepto crucial como es el de la construcción y vivencia del cuerpo en la discapacidad psíquica. La vivencia que tienen del cuerpo suele estar dissociada de la vivencia emocional y de su representación en el otro. Vemos con mucha frecuencia cuerpos desangelados, enjutos, rígidos, extremadamente flexibles, disarmónicos, olvidados; cuerpos que no acompañan, fríos, delicados, impermeables, rotos.

Para Heidegger, *“habitar implica construir, solo se puede habitar en la medida que se construya, esto es, hacer propio el lugar de permanencia”*. En la discapacidad psíquica, es muy frecuente que no habiten el cuerpo, sino que estén instalados en un cuerpo, siendo esto una diferencia notable.

¹³⁸ Idm p.131,

En la construcción de la subjetividad, el trabajo fundamental es poder construir otro cuerpo que el cuerpo de los órganos. ¿De qué se trata en el espacio psíquico? Fundamental e indispensable que el cuerpo comience a vivirse desde las sensaciones placenteras, y también displacenteras, dando así al cuerpo de los órganos el lugar del cuerpo de los sentidos, un cuerpo sensorial, es decir, un entramado de sentidos que dan lugar al psiquismo.

El psiquismo es un cuerpo que se emociona, que sufre, que goza, que percibe, que seduce, que se erogeniza; el psiquismo es un cuerpo que reacciona a las representaciones y las imágenes que se producen en la interacción con los demás. Y cuando esto no sucede, sucede que se producen importantes patologías. Cuando el cuerpo biológico no es un cuerpo psíquico, entonces estamos ante una situación de desarrollo emocional e intelectual grave.

El nacimiento psíquico, obviamente, no se corresponde con el nacimiento físico. El nacimiento psíquico conlleva unos procesos de ligazón con el medio, con la impronta que nos dejan los cuidados que recibimos, que hacen que el cuerpo físico vaya tomando vida y esto no es otra cosa que la de tomar vida emocional; de este modo, el cuerpo físico se convierte en un cuerpo emocional y sin eso no hay salud emocional.

El primero en describir la importancia de la imagen del cuerpo para la constitución del psiquismo, fue Lacan en su obra *El estadio del Espejo*; ahí explica como el niño muestra un gran júbilo ante su imagen en el espejo, siendo esto inexistente en los animales que muestran indiferencia, y que le antecede a una representación interna del mismo. Así, al hecho de que el ser humano acceda a la experiencia de poseer un cuerpo propio, va de la mano del advenimiento de la instancia del yo, en tanto dimensión psíquica que le confiere al niño la posibilidad de tener un sentimiento referido a lo propio del cuerpo y, por tanto, a sí mismo. El cuerpo, entonces, aparece como el soporte engañoso que sostiene la ilusión de la identidad del ser humano y, por tanto, aquello en donde y a través de lo cual se reconoce como tal.

La construcción psíquica del cuerpo es la construcción propia del psiquismo. El psiquismo toma vida a través de las percepciones y sensaciones corporales que vamos significando y que van produciendo sentido de realidad y sentido de vínculos. Destacaría a F. Doltó (1994), cuando nos expone su concepción tan interesante de la diferencia entre *Esquema corporal e Imagen inconsciente del cuerpo*. Como *Esquema Corporal* se refiere más al conocimiento biológico y de género, y como *Imagen Inconsciente del Cuerpo* hace referencia a que el cuerpo es el nudo en el que se depositan los vínculos y lazos afectivos de reconocimiento familiares en el niño. Me parece una aportación valiosísima tanto para el diagnóstico, como para comprender el modo en el que un niño vive sus experiencias emocionales.

Tomaría aquí, la interesante aportación de Lacan (1987) cuando teoriza sobre la construcción del cuerpo. Lacan parte de la concepción de que para que se produzca la construcción psíquica del cuerpo, ha de haber una anulación de lo orgánico del cuerpo; describe que se tiene un cuerpo, pero no se es un cuerpo y es esto, precisamente, lo que inaugura el deseo, lo que permite que en el Otro privilegiado de referencia se abra una diferencia, una demanda que es la que va a dar sentido al cuerpo del sujeto en ciernes.

En muchas ocasiones, se observa cómo en la discapacidad psíquica, no parecen habitar su cuerpo, sino que, por el contrario, parecen cuerpos deshabitados. Por supuesto que esto varía en cada persona, pero con mucha frecuencia observamos que hay una gran falta de erogeneidad, de sensualidad, de adecuación, en definitiva, falta de gusto de sentir el cuerpo. En cualquier caso, la dificultad es la de ligar la imagen de Sí con la imagen de su cuerpo; son dos imágenes, que muy frecuentemente aparecen dissociadas y, que dan lugar a una difícil integración entre lo que sienten y lo que hacen. Afirmaría que este es uno de los grandes dramas de la discapacidad, esa disociación entre cuerpo y psiquismo, entre el deseo y su representación.

Quizá por ello, no es frecuente que se den patologías de histerias de conversión o somatizaciones y, sin embargo, son más frecuentes las patologías psicósomáticas. Ahora bien, he observado como cuando se dan avances en sus procesos de elaboración psíquica, cuando el deseo forma parte de la elaboración de decisiones, *cuando la duda forma parte*

del proceso de sus decisiones, entonces hay mayor compromiso y pueden aparecer síntomas conversivos. Cuando la imagen física comienza a ser parte de la imagen psíquica, entonces es cuando el cuerpo deja de ser una base física para ser un mediador emocional. Este es un trabajo indispensable para todo sujeto y, también, para el sujeto con discapacidad psíquica.

En la discapacidad psíquica, parecería existir una verdadera dificultad en poder vincular psiquismo y su representación corporal. Creo que, quizá, se le da escasa importancia a esto en el trabajo con la discapacidad. Sin embargo, vemos como cualquier crecimiento subjetivo, cualquier emoción, tiene que “encarnarse” para poder ser recibida, para poder ser pensada. A veces, resulta muy difícil de entender cómo se producen esos procesos en la discapacidad. No podemos experimentar sin pasar por la vivencia corporal. Tener en cuenta la imagen inconsciente del cuerpo es la gran olvidada en el trabajo con la discapacidad.

En esta dificultad de habitar el cuerpo, se pueden adquirir distintos modos de vivirlo. Nos encontramos con mucha facilidad, discapacitados con la apariencia de vivir cuerpos desordenados, sin erogeneidad manifiesta, con poco ritmo y que a todas luces nos vienen a mostrar que no hay una correlación entre su imagen corporal y su imagen psíquica, que no hay una relación estrecha en la vivencia corporal de sus emociones. Por otra parte, nos encontramos en ocasiones en las que la erogeneidad es muy manifiesta y demandante. En estos casos, no va correlacionado con una sensualidad, sino con la necesidad de sentir bienestar, de sentirse ligados a los otros; podríamos decir que, en estos casos, la vivencia corporal trasciende la integración emocional y produce una alienación al contacto con el otro.

6.13. Compulsión a la repetición

*Se equivocó la paloma.
Se equivocaba.
Por ir al norte fue al sur.
Creyó que el trigo era agua.
Se equivocaba.*

*Creyó que el mar era el cielo;
que la noche, la mañana.
Se equivocaba.*

*Que las estrellas, rocío;
que el calor, la nevada.
Se equivocaba.*

*que tu falda era tu blusa;
que tu corazón su casa.
Se equivocaba.*

*(Ella se durmió en la orilla,
tú en la cumbre de una rama).*

R. Alberti

Las personas con discapacidad se ven abocadas a la repetición como lugar de las identificaciones, ya que carece de ideales y de un Yo que aglutine su representación de ser. La pregunta de ¿quién soy yo? y ¿quién debo ser? Es el yo que la responde y ahí se abre un intervalo entre el yo y el ideal; ante esta dificultad, se da la compulsión a la repetición.

La repetición a la que se ven abocados tiene a mi parecer dos sentidos. Por una parte, repetir es un modo de asegurarse un modo de continuidad en lo que ya conocen; repetir no sería, entonces, tanto una repetición anodina, sino un modo de permitirse *un espacio para ser sin angustia*. En cada acto de repetición, lo que se produce en realidad es un acto de afirmación, un acto que les permite encontrarse nuevamente, con la sensación satisfactoria de permanencia. En este sentido, casi se podría hablar de “alienación a la repetición”, pero no creo oportuno ese término, ya que lo que procura esa repetición es inaugurar cada vez un espacio nuevo para ser; es como si la repetición fuese el soporte para poder ser a partir de ahí. La repetición aquí tiene el sentido de la seguridad y de tener un espacio en los demás; podríamos decir, que gracias a la repetición se pueden sentir en un espacio de relación con los demás. Si hacemos un pequeño esfuerzo, vemos que

nuestras vidas cotidianas están llenas de repeticiones que hacemos de modo automático y cuando algo se interpone, nos sentimos un poco desubicados. La repetición aquí, nos lleva a la seguridad de lo cotidiano, a la permanencia de algunas cosas que nos permiten sentirnos seguros para poder abordar lo nuevo en otras. La repetición es un refugio necesario ante la angustia. Podríamos decir entonces que, sin repetición, no podría haber estabilidad psíquica. Entonces, desde esto, me pregunto por qué es tan fácil que a la repetición en las producciones de la discapacidad, le devolvamos que son inoportunas e inapropiadas. Sin embargo, por contra, es también muy fácil que en las propuestas educativas y rehabilitadoras, la repetición de los trabajos a realizar sea una constante en sus atenciones.

Por otra parte, la repetición la entiendo como una sugerencia que hacen al otro, a los de su alrededor; una sugerencia que se transforme en pregunta y en aceptación. Va a ser a partir de ahí, de la *aceptación sugerente de sus repeticiones*, cómo la persona con discapacidad, va a poder elaborar otro modo de ser y de estar; va a poder permitirse observar y descubrir diferencias en sus repeticiones. Este sería el verdadero trabajo y el verdadero progreso en su crecimiento personal.

6.14. Difícil construcción del Yo

Quien crea ser él mismo se equivoca

Yo soy diverso y no me pertenezco.

Si las cosas son esquirlas

Del saber del universo,

Que al menos sea yo mis propios

fragmentos,

Indeterminado al mismo tiempo que

múltiple.

Fernando Pessoa

Freud nos enseñó cómo el yo se unifica en torno a la ilusión de completud. El yo es la instancia que historiza, que argumenta, que da una figuración de sentido, que construye teorías que crean y delimitan la realidad y la imagen que tiene de sí¹³⁹: “este proceso está acotado por su tolerancia a las sensaciones desagradables suscitadas al ponerse en contacto con sentimientos e ideas que no quiere, o no puede sentir como propios, como así también por entrar en relación con lo desconocido, el azar y más aún lo incognoscible en tanto cuestionan sus certezas, cuestionamientos que son vividos como heridas o injurias narcisistas. Un capítulo importante en la construcción de la realidad psíquica es el procesamiento de la emoción –que acentúa el matiz negativo– que subyace a la desilusión, la extrañeza, lo incompartible, o lo que no podemos incluir en una causalidad. Lo negativo aparece entonces como central a la hora de estudiar la construcción de la realidad psíquica”.

Es decir, la realidad desagradable que el yo puede recibir depende de cuánto puede tolerar de angustia y que viene a implicar la puesta en juicio de la imagen amable de sí mismo que cree ser. No obstante, esta necesidad de tener una imagen amable interna, conlleva la conservación de lo idéntico como preservación de su identidad, pero que debe entrar en relación con una función específica del yo: “*posibilitar una conjugación del tiempo futuro, compatible con la de un tiempo pasado*” (P. Castoriadis-Aulagnier (1977)¹⁴⁰ ... “*El yo se abre a un primer acceso al futuro debido a que puede proyectar en él, el encuentro con un estado y un ser pasado*”.

En este sentido, Moguillansky¹⁴¹ (1998), apostilla que sólo la tolerancia emocional a la existencia desagradable de lo ausente, abre la posibilidad de concebir una relación no mentirosa con nosotros y con el mundo, siguiendo la distinción que hizo Bion entre verdad, falsedad y mentira. Sin embargo, continua diciendo, es necesario un esfuerzo emocional mayor, tenemos que aceptar que sólo podemos acceder a un saber falso de las experiencias emocionales. Continuando con Bion, *la verdad sólo puede ser sida pero no conocida y esto también es penoso*.

¹³⁹ Moguillansky, R. Los afectos y el papel de lo negativo en la constitución de la realidad psíquica. P. 708, recuperado de <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/Moguillansky3.pdf>

¹⁴⁰ Castoriadis-Alaunier, P. (1977). *Violencia de la interpretación*, Amorrortu, p. 169. Buenos Aires.

¹⁴¹ Moguillansky, R. (1998). *Los afectos y el papel de lo negativo en la constitución de la realidad psíquica. Notas sobre la perplejidad*. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XX - Nº 3 P.167

Nos argumenta Castoriadis-Aulagnier¹⁴², (1977) *“una función específica del yo: “posibilitar una conjugación del tiempo futuro, compatible con la de un tiempo pasado ... El yo se abre a un primer acceso al futuro debido a que puede proyectar en él, el encuentro con un estado y un ser pasado. Sin embargo, para no caer en un tiempo circular, el futuro no puede coincidir con la imagen que el sujeto se forja acerca de él en su presente. Entre el yo futuro y el yo actual, debe persistir una diferencia, una x que represente lo que debiera añadirse al yo,..”*

En la discapacidad, la construcción del Yo es bastante compleja. No se termina, o es muy difícil, la construcción de una instancia psíquica que aglutine los distintos, y a veces contradictorios, modos de pensar y de sentir con los que nos tenemos que manejar en nuestras relaciones con los demás. Esa instancia es el espacio del Yo, el espacio yoico desde el que reconocerse y presentarse a los demás. El Yo es el resultado de una construcción imaginaria. En la discapacidad se percibe más bien un yo ajeno, porque no siente como propio la producción de pensamientos ni la satisfacción de sus vivencias.

Lacan (1999), desde el principio de su teoría, *ubicó la “debilidad mental” muy lejos del déficit de inteligencia y muy cerca de un fenómeno de orden subjetivo. Lo que evidencia la debilidad mental es un malestar del sujeto frente al saber, entendido como la relación de ese sujeto con el orden simbólico, prohibiéndose preguntarse por la voluntad del Otro; se identifica a un significante que soporta el deseo materno y que le impide cuestionar el sentido de esa identificación. El débil mental protege su posición subjetiva volviéndose esclavo de una lengua que excluye la posibilidad del chiste, del equívoco, asegurándose su desabonamiento del inconsciente. Es por eso que el débil no es un sujeto quejoso, ya que hacerlo implicaría confesar su impotencia, poner en juego su posición de no querer saber nada.*

Debemos precisar que la constitución del Yo puede tener dos destinos. Uno sería aquel derivado de ir configurando las distintas representaciones que se van produciendo en la concatenación de vínculos de seguridad con los otros de referencia. El Yo entonces, es la

¹⁴² Castoriadis-Aulagnier, P. (1977) .Violencia de la interpretación, Amorrortu, p. 167. Buenos Aires.

suma de esas representaciones y culmina en distintos modos de aparecer en función de las situaciones, pero siempre desde esas representaciones iniciales que dan el soporte para ir construyendo nuevas representaciones.

Otro sentido es aquel derivado de una instancia yoica por construirse, que emerge de una discontinuidad en las representaciones de Sí con los otros. Aquí, las condiciones constituyentes del psiquismo han sido deficitarias creando una ausencia de representación. Pero tenemos que destacar que hay otra posibilidad de efectos similares y es cuando el yo no está todavía suficientemente constituido, porque el *niño* no ha recibido las experiencias suficientemente satisfactorias para que se organice un rudimento inicial de psiquismo. Es esta última la que creo que se da fundamentalmente en la discapacidad psíquica. Es como si el Yo estuviese por construir, por terminar de configurar algunos elementos básicos que vayan desalojando cierto vacío representacional que les determina. En ese sentido, podemos decir que desde ese vacío representacional, el deseo que les mueve es un deseo desencarnado, deshabitado, desubjetivado.

Tomaría aquí lo que P. Aulagnier nos dice en torno a la organización de la psique. A lo largo de su obra P. Aulagnier (2001) va mostrando que la psique se organiza en la «*situación de encuentro*» con los objetos que se hallan en un espacio heterogéneo y cuya asimilación, como algo de la propia psique, de la constitución del Yo, es el proceso que se da en la representación en los tres niveles: originario (pictograma), primario (fantasmático) y secundario (yoico). P. Aulagnier explica que en el proceso originario, la no presencia del objeto induce a la única reacción posible: «que niegue el estado de falta, la primera respuesta natural es desconocer el cuerpo y conocer solamente el estado que la psique desea reencontrar, lo que revela un rechazo en beneficio de un estado de quietud y de un estado de no deseo». El *no deseo* como proceso de desinversión generaría una *ausencia representativa*, precisamente de aquello que sería consustancial al proceso originario, y en el caso de desadaptación entre el objeto y la sensorialidad del *infans*, esas experiencias serían dolorosas o frustrantes, y los afectos ligados a ellas tendrían un potencial valor traumático. En palabras de A. Green: «[...] el sujeto que vivió el desamparo, la negligencia, y la falta de interés, [...] si el sujeto intenta pensar el objeto materno en sí, se siente ante

un vacío o un agujero». Por ello, es muy difícil, no se da la formación de un Yo ideal ni un Ideal del Yo.

En la dinámica del proceso secundario¹⁴³, aquél que corresponde al yo, en sus aspectos de origen y comprensión, este yo se encontraría falto en su posibilidad de representar los afectos, ya que es precisamente el proceso originario o pictograma en donde se da la sensorialización y, por tanto, es una experiencia de base somática, lo cual nos acercaría a los orígenes de la alexitimia, o a una potenciación de los factores racionales con la consecuente minimización de lo afectivo (pensamiento operatorio), y por eso mismo la posibilidad de percepción de características sensoriales de los afectos, quedando lo somático, en cuanto base de lo afectivo, sometido a la única salida posible que sería su alteración interna.

Aquí nos tenemos que preguntar qué procesos se dan en la constitución del psiquismo cuando hay una gran dificultad para ir encontrando objetos que se asocian a las vivencias de sensorialidad que determinan el inicio de la vida psíquica. En primer lugar, cuando no se produce esa asociación del objeto con la sensorialidad, algo de lo psíquico queda pendiente de poderse constituir. Ello daría lugar a un “vacío primario representacional”, y que deja la sensorialidad a falta de una representación y ligazón psíquica.

Es sugerente de ello la novela *“El innombrable”* de Samuel Beckett, en donde el narrador expresa un monólogo de sí en el que carece de cualquier referencia externa a él e incluso de sí mismo.

Destacaría también que ese vacío representacional ocasiona la dificultad severa de la producción de un proceso de diálogo interno en la persona con discapacidad. El diálogo interno es lo que nos permite reconocer lo interno como propio en relación lo externo; es lo que nos permite poder ponernos, imaginariamente, en el lugar del otro, en la posición comprensiva del otro. El diálogo interno se produce en una dualidad, aquella derivada de la interrogación interna en la que difícilmente sabemos ubicarnos, si en el lugar del que

¹⁴³ Jorge del Río Coll. Entre la nada y el vacío: Consideraciones en torno a la ausencia objetal.
http://intercanvis.es/pdf/22/22_art_02.pdf

interroga o del que contesta, del que enuncia o del que es enunciado. Esta dualidad, indispensable para el pensamiento intersubjetivo, proviene de la sensación de vínculo seguro con las personas de referencia, en la que el sujeto tiene que responder al deseo mutuo de vínculo que se produce. Este tener que responder es lo que se va asentando en las sucesivas identificaciones y va a ir dando lugar a una manera singular de vivir-se en la relación de cuidados y afectos con los demás.

Esa dualidad del diálogo interno, no se produce de un modo ágil en la persona con discapacidad; más bien, lo que se produce son sensaciones distintas, inconexas, y de las que no pueden argumentar. Si se falla en esta capacidad de diálogo interno, falla el espacio yoico mínimo y no puede construirse la sensación de propiedad y, por tanto, de pensamiento elaborado. Por ello, podemos decir también que se produce una gran dificultad para fantasear, para imaginar, para poner en relación pasado y presente, presente y futuro. ¿Cómo es un psiquismo que no puede poner en relación pasado, presente y futuro? Bueno, lo vemos en la discapacidad psíquica.

6.15. Inteligencia. Aprendizaje

*A la escuela van a aprender cabezas sin cuerpo
y cuando no aprenden se las manda al hospital
donde son considerados organismos sin
inteligencia ni deseo.*

Alicia Fernández

Para Bleichmar (1990), es necesario diferenciar dos tipos de problema en la adquisición de aprendizajes. Tenemos aquellos que se producen cuando ya está constituido el aparato psíquico y el proceso secundario (son las inhibiciones como efecto de un síntoma), y aquellos que se producen como resultado de un problema en la constitución misma del aparato psíquico en su totalidad, por ejemplo, la observación de ausencia de sujeto en la formulación de oraciones y la imposibilidad de manejar los tiempos verbales (conjugación).

Desde la teoría psicoanalítica¹⁴⁴, el problema de aprendizaje podría ser definido en términos de una *desinvertidura* del objeto de conocimiento. Este objeto no puede ser ni totalmente idéntico a la huella mnémica ligada a la primera experiencia de satisfacción, (pues no habría trabajo psíquico, ni crecimiento del aparato, ni posibilidad de conocimiento), ni totalmente diferente a ella (ya que no despertaría interés). En este sentido, tal desinvertidura de objeto se puede relacionar con un trastorno en los vínculos primarios.

Son muy importantes las teorizaciones de *Anny Cordie (1994) (...)* sobre la discapacidad. Se pregunta si en la discapacidad hay una *demanda significativa o de significación*, si se postula como una imitación o como una creación de subjetividad. Nos dice a este respecto que *el origen de la subjetividad es asumir el propio rostro a través de verse reflejado en el rostro materno. ... y es la angustia la que nos indica que el proceso de diferenciación está en marcha.* ¿Este proceso se ha dado en el tiempo evolutivo del discapacitado? ¿Qué duelo evolutivo ha hecho el discapacitado? Todo ello le lleva a afirmar, como ya he señalado, que *la discapacidad se mueve en la difícil construcción de la alteridad*, con las terribles consecuencias que se derivan de ello.

Anny Cordie, nos dice que la *Inteligencia es leer entre líneas*, establecer lazos: el entendimiento se sitúa más allá de las palabras y de su sentido literal; comprender lo que se dice más allá de las palabras. *Es la polisemia del lenguaje*; es necesario escoger, clasificar los datos, elegir, y esto es lo que falta en la discapacidad. *Inteligencia* implica una capacidad de "construcción" y por tanto de elaboración (combinación y síntesis) restaurar, restituir un conocimiento viejo por uno nuevo. En ese sentido, es una "transacción" que requiere la capacidad de re-integrar la falta en la economía inconsciente. En el más allá de las palabras es donde se sitúa la metáfora. Continúa explicando A. Cordie que si el dominio del lenguaje es necesario para las operaciones intelectuales, no es suficiente para que el sujeto pueda demostrar inteligencia; es por ello que si no se puede comprender nada más allá de las palabras, si no se puede "leer entre líneas", se corre el riesgo de presentarse como débil mental y, entonces, al no apartarse del sentido literal, el equívoco permanece

¹⁴⁴ Evelyn Palma, S. (2006). *De la subjetivación a la apropiación. Aportes del psicoanálisis a los problemas del aprender.* Revista de Psicología, vol. XV, núm. 2, Universidad de Chile

inaccesible para él, su recurso es el formalismo, cree en la verdad de lo dicho y se aferra a ello con una voluntad enardecida.

Todos sabemos que el niño experimenta un enorme placer cuando juega con la libertad del pensamiento: el gato hace guau y el perro miau. La libertad del pensamiento implica entonces que pueda tomar varios sentidos, es decir, separarse de una significación dada para engancharse en otras cadenas del discurso, que el sentido sea fácilmente movilizable y en consecuencia polivalente (polisemia); esto es a lo que tiene difícil acceso el discapacitado.

Expone también A. Cordie que para poder comprender, se debe no solamente apelar a los tipos de asociación que presiden al discurso inconsciente, sino también movilizar los recursos inconscientes, los de la lengua, eso que a veces se llama intuición. Comprender un discurso implica una coherencia del conjunto de los enunciados, un cierto saber compartido. Diríamos que esta es otra de las dificultades decisivas en la discapacidad psíquica.

6.16. Emocionalidad, sensualidad y sexualidad

No siendo este el espacio para profundizar en estos conceptos, sí voy a tratar de explicar su relación con la discapacidad psíquica.

El eje referencial de todo el trabajo es exponer la idea de que el sujeto es un sujeto psíquico y que el sujeto psíquico es un sujeto, por encima de todas las cosas, emocional. Es la emoción lo que da sentido al placer y al dolor, lo que permite recordar e ilusionar, lo que facilita el reconocimiento y la identidad. Lo emocional es lo que permite el sufrimiento y la satisfacción, el pensamiento y la duda, la fantasía y lo experiencial.

Podemos decir que el malestar subjetivo, inherente a toda subjetividad, solo puede ser deconstruido, removido, reconstruido desde la experiencia y la vivencia emocional. En este sentido, todo sufrimiento es un valor emocional. Lo emocional, inequívocamente,

desemboca en lo sensual y este en lo sexual. No siendo lo mismo, no es fácil distinguir lo emocional de lo sensual.

Diría que lo emocional tiene más que ver con la experiencia de lo propio, de la vivencia de lo intransferible; lo sensual diría que tiene más que ver con la experiencia emocional con el otro, con la experiencia de la vivencia de intimidad con el otro. Lo sensual tendría que ver con el placer de la fusión afectiva, con la vivencia de compartir la emoción; para ello, casi sobran las palabras y es sublime la mirada, el estar juntos, el pensar en silencio en presencia del otro, el contemplarse, el oírse sin hablar, percibir la complicidad sensitiva, etc. La emoción está en relación directa con la representación, con la necesidad de vínculos.

Lo sexual, podríamos decir, que tiene mucho de emocional y de sensual, pero aporta un elemento nuevo y es el del placer del cuerpo propio que, sin embargo, está íntimamente ligado a lo imaginario del placer del otro. En términos de salud, la sexualidad está indisociablemente ligada a lo imaginario del placer del otro. La sexualidad aporta la vivencia de lo íntimo como aquello intransferible, el placer de órgano y de la erogeneidad del cuerpo y la vivencia del encuentro con el otro.

Cabe la pregunta de cómo se da esto en la discapacidad. La experiencia me hace pensar que es muy difícil que puedan encontrar en sus relaciones emocionales esa integración de lo emocional, lo sensual y lo sexual. Sin embargo, buscan denodadamente experiencias de encuentros emocionales con los otros de su interés. Ahora bien, no les es nada fácil unir el valor de su intimidad con el placer buscado o que el otro busca en uno. Como todos, buscan en el espacio sexual un espacio de encuentro emocional, pero ante su dificultad de valor de lo propio, fácilmente se quedan en la importancia de ser sujetos de deseo para el otro o en el puro placer de órgano. Es su dificultad de construir imágenes mentales, de ponerse en el lugar del otro, de imaginar las vivencias de los otros, lo que les dificulta la vivencia emocional en sus relaciones afectivas. No suelen hablar de lo que sienten, de lo que les gusta, de lo que han vivido en sus encuentros y ello por la dificultad de valorar las emociones propias y de imaginar las de los otros. En algunos casos nos encontramos con

posiciones extremas, bien la de proponerse como objeto de deseo de otros o bien la de anular cualquier sensación placentera.

Cuando van progresando en su gusto por la comunicación, en el recreamiento de sus pensamientos, en poder ilusionar, en sentirse productores de pensamiento, observamos cómo sus relaciones afectivas se vuelven más dialogantes y más placenteras, donde el placer está en primer lugar en el estar emocional.

6.17. ¿Desde dónde crea la persona con discapacidad psíquica?

*El arte es la capacidad de hacer
visible lo invisible*

Kandisky

Un aspecto esencial para el desarrollo del lugar de creación en la discapacidad psíquica es el lugar que emerge, ineludiblemente, de la confianza de para el otro, aquello que él pueda imaginar, también va a tener sentido. Si bien, esto es la premisa para todo inicio de pensamiento, en la discapacidad psíquica es también, a pesar de la edad evolutiva, la condición principal. Sin esa confianza no se puede disfrutar del pensamiento ni de la imaginación.

¿Desde dónde crea el sujeto? El lugar de creación tiene dos variantes indisociables. Por una parte, el sujeto tiene la iniciativa y dirige su acción; por otra, no sabe bien la dirección ni el cómo ni el resultado final, en un conglomerado interrelacionado de emociones contradictorias, desde el placer al dolor, desde la emoción al pasaje al acto. Lo más interesante del sujeto creador es que, en el acto creativo y su producción de obra, le provee de la capacidad de asumirse como singular en la relación con los demás.

En la discapacidad psíquica, el lugar de creación, ese lugar en el que “no es siendo”, ese lugar agrietado por fisuras sin puentes, ese lugar hecho de pedazos del Otro que, aparentemente, son inconexos, ese lugar tiene que venir desde la oportunidad del Otro, desde la posibilidad que el Otro de en su psiquismo al lugar del discapacitado. No se trata

tanto de aprendizajes como de sentirse acompañados en su proceso de vinculación a los semejantes. No se trata tanto del decirles “cómo” que de facilitarles el “cómo sentirse para hacer”.

La persona con discapacidad psíquica, para crear necesita un espacio de confianza básica desde el cual pueda encontrar *un lugar para ser más allá de cómo ser*. Con esto no nos referimos a la mal llamada “tolerancia”, o integración, o adecuación; nos estamos refiriendo a que necesitan sentir que son pensados desde la interrogación por el Otro, no desde la suficiencia. Cada sujeto tiene un modo peculiar de sostener su falta en ser, y ser pensados desde la interrogación es ofrecer un sostén a su falta en ser, desde abrir espacios de subjetivar lo que puedan decir o sentir.

En ese sentido, podríamos decir que su espacio de creación es el espacio transferencial que puedan establecer en su relación con los Otros significativos.

Capítulo 7. CREATIVIDAD Y PROCESO CREATIVO

*La relación de unas cosas con otras
iba borrando, poco a poco, las
cosas.*

Versos sin palabras

Formas sin figuras.

No bien partía un barco

de oro de la orilla

*cuando ya no era orilla ni barco ni
partía.*

Enrique Lihn, Kandinsky 1904

Quisiera comenzar este apartado con *D. Winnicott* (1970) pediatra inglés y psicoanalista a partir de su trabajo con los sufrimientos de los niños, de su intuición y observación integral de sus conductas. Un argumento constante en él es que *para ser creativa, una persona, tiene que existir y sentir que existe, no en forma de percatamiento consciente, sino como base de su obrar; indica que aquel que es, está vivo*. Y en esto basa toda su teoría, en desarrollar que el desarrollo de la capacidad de ser y de aprendizaje pertenece a la sensación de la experiencia infantil de la “capacidad de crear el mundo.

Para el bebé no es difícil, ya que si la madre es capaz de adaptarse a sus necesidades, el bebé se desarrolla en la sensación de que la vida viene con él y el vínculo desarrollado en la relación de cuidados se transforma en deseo de vivir.

Desarrolla también Winnicott que la creatividad no tiene tanto que ver con la experiencia, sino con el gusto en el experimentar, con el desplazamiento del yo, con el desplazamiento de la complacencia yoica. En definitiva, la creatividad es un modo de inventarse a sí mismo uno un poco más, siempre un poco más, en una cadena progresiva. Lo contrario acontece con el síntoma.

La creatividad propicia una pasión del sujeto, aquella que da lugar al establecimiento de una realidad compartida. Creando, hacemos un espacio en el espacio del otro, en la realidad, que no es otra cosa que ese espacio intermedio entre el yo y el otro y al que se le da forma, de niños con el juego y en la adultez con la creatividad.

Como dice Lola Mondejar (2009)¹⁴⁵, *el proceso de creación está relacionado con la capacidad de comunicarse con las capas más primitivas del inconsciente que luego se unirán a representaciones de palabra. En ese sentido, continua Lola Mondejar, la búsqueda del artista de lo inasible, de lo imposible, está ligada a ese deseo de aprehender las sensaciones originarias, las emociones primeras, los signos de percepción que se hallan involucrados en el origen de nuestra subjetividad... Postulo, dice, que esas imágenes sin representación, llámense signos de percepción o matrices primarias de fantasía, se asocian ritmos, sonidos, a imágenes que ejercen una atracción constante en nuestra vida, y provocan una conducta de búsqueda inconsciente de formas de expresión y de lenguaje que está en el origen de la creación.*

Lola nos adentra en lo que para Winnicott es el *experienciar simbolizante*, es decir, la conciencia de sí mismo como consecuencia de unir experiencias a la inercia de la vida en otro.

El ser creativo es un ser que tiene libertad para fantasear, y, a su vez, puede metabolizar los sentimientos de diferencia y de agresión. La creatividad crea vínculos y modos de representación positiva en lo social, en la realidad compartida.

En este sentido, *Lacan y Kandinsky* (2006) participan de la idea de que la función del cuadro es la de figurar una apariencia alrededor del objeto en la que siempre hay una ausencia, y no se trata solo de la representación. La figuración, nos enseña Lacan, socializa, civiliza, porque nos lleva al desplazamiento, a la producción de fantasía, a la renuncia a lo inmediato y provoca la sensación indefinida y melancólica de ser como algo que nos humaniza. En este sentido, Kandinsky viene a decir que el artista ha de favorecer y permitir la separación de la obra, precisamente, para poder volver a crear.

¹⁴⁵ LOPEZ MONDEJAR, L. (2009). El Factor Munchausen: Psicoanálisis y Creatividad. Ed. Cendeac, Murcia, P. 21

Es importante traer aquí las reflexiones de *Javier Corbalán* (2006), en su artículo “*La creatividad y su medida: matices y claves en Arteterapia*”¹⁴⁶, en la que hace necesidad de la creatividad para la salud mental y apuesta por arteterapia como elemento terapéutico:

Que, en el universo del Arteterapia, la creatividad ha de jugar un papel destacado es una cuestión que, quizás por obvia, no siempre ha sido ni lo atendida que en principio pareciera debería serlo, ni tampoco lo justificada que supuestamente asimismo habría de estar. Que sean éstas tareas sencillas, no lo parece. Que se trata de unas demandas relevantes, ante las que se pueden atisbar algunas interacciones, es de recibo.

En general, el Arteterapia es una disciplina en plena efervescencia y creación, en la que la evidencia de los avances y las exigencias de la demanda son tales que sus fundamentos arrecian casi tanto de su praxis como de su pensamiento. Por su parte, la creatividad es un ámbito de reflexión en Psicología de los que parecieran condenados al desentendimiento de los autores, o al menos a la proliferación de líneas interpretativas. Y aun así, parece lógico pensar que, de alguna manera más o menos explicada, pero no por ello menos evidente, el Arteterapia está en algún punto atravesada por la creatividad, y que saber acerca de ésta es saber más acerca de aquella.

Algunas definiciones significativas son:

Guilford (1950):

La personalidad creativa se define, pues, según la combinación de rasgos característicos de las personas creativas. La creatividad aparece en una conducta creativa que incluye actividades tales como la invención, la elaboración, la organización, la composición, la planificación. Los individuos que dan pruebas manifiestas de esos tipos de comportamiento son considerados como creativos.

Gordon (1961):

¹⁴⁶ Coll Espinosa, F. J. y otros. (2006). *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Universidad de Murcia.p.45

El proceso creativo consiste en “la actividad mental en situaciones de definición de problemas o solución de problemas cuyo producto son las invenciones artísticas o técnicas, acentuando así tanto la formulación como la solución de problemas como partes del proceso creativo.

Marina (1993): *“Inventar novedades eficientes”.*

Alonso Monreal (1997): *La capacidad de utilizar la información y los conocimientos de forma nueva, y de encontrar soluciones divergentes para los problemas.*

Aunque parezca sorprendente, la relación de la creatividad con la salud mental ha sido un tema muy estudiado, y lo sigue siendo en la actualidad. Puede decirse que hay dos líneas básicas de opinión: los que creen que la creatividad está relacionada con el conflicto mental y los que opinan que está relacionada con la salud. Entre los que relacionan la creatividad con el conflicto la figura paradigmática es Lombroso (1891), quien del estudio de los genios históricos deduce que la genialidad es una “psicosis degenerativa del grupo epileptoide”. Nadie sigue hoy este original diagnóstico. Pero resucita por otros caminos: Hasenfus, N. y Magaro, P. (1976) han hecho estudios sobre creatividad y esquizofrenia en las que encuentran una igualdad de constructos empíricos (fluencia ideacional, superinclusión y complejidad de la percepción), que no hacen esquizofrénico al creativo ni siquiera esquizotímico: pero que abren interrogantes para las conexiones entre salud y enfermedad¹⁴⁷.

Como diría Csikszentmihalyi, (1996), la experiencia del *fluir* creativo puede indicar quizás un camino a través del cual es viable mejorar en salud mental y satisfacción en la vida cotidiana y ello favorecer que los objetivos vitales se hagan más claros: alcanzar una personalidad más satisfactoria y una mejor comprensión de sí mismo, que favorezca, a su vez, una mayor realización personal, interpersonal, laboral y social.

¹⁴⁷ Ibidem

7.1. El proceso de creación

“El mundo sería un lugar muy diferente si no fuera por la creatividad (...) No habría lenguaje, ni canciones, ni herramientas, ni ideales tales como amor, libertad o democracia. Sería una existencia tan mecánica y empobrecida, que ninguno de nosotros querría participar de ella.”

Mihaly Csikaszentmihaly

Todo acto creativo está sujeto a condiciones intersubjetivas, a la línea de conexión con el deseo, con la demanda, con la necesidad de ser *para* y *en* el otro, con la ineludible condición de que el sentimiento de sí es un sentimiento de que proviene del sentido de la relación con el otro.

El acto creativo siempre pone en relación lo propio con lo deseado, lo íntimo por hacer y la relación ilusionada. Así, el acto creativo proporciona identidad subjetiva, no solo por partir de la iniciativa propia, sino por tomar sentido en el propio proceso creativo. La identidad no es la obra terminada, sino más bien el proceso de intersubjetividad con el otro que está en la base de todo proceso creativo.

En este sentido, todo acto creativo es una línea continua entre pasado, presente y futuro, haciendo, ineludiblemente, historia cada creación. La realidad conmociona al sujeto y esta conmoción lo lleva a percibir el estado de comunión del que participa en su entorno, a ubicarse en una *subjetividad ampliada*, como la llama Loewald (1988)¹⁴⁸.

Anzieu (1993) dice el sujeto creador responde a la incertidumbre para crear y no parte tanto de representaciones psíquicas reprimidas. Anzieu participa de la concepción de que el sujeto está siempre inmerso en dos acepciones: *lo reprimido* y *lo no inscrito, pero no por ello menos determinante*. Nos dice que el trabajo de creación no es sino la tensión de participar lo no investido en lo reprimido. Aquí participa con Green de la visión de que el sujeto vive en el espacio por invertir.

¹⁴⁸ Ávila Espada, A, y otros. (2014), Introducción a los Tratamientos Psicodinámicos. UNED. P. 285

Es interesante traer aquí el tema de la transformación de la realidad, o mejor, de la construcción de la realidad que nos trae Fiorini (1995):

El trabajo de creación refleja, traduce y procesa elementos de la realidad hasta que ésta aparece otra. Del mismo modo, el sujeto creador será transformado en el “resultado otro” del sujeto, gracias a su actitud de apertura hacia el mundo, a su estado de desidentificación que permite que sea trabajado por la presencia-ausencia del “objeto”, centrado en el afán de sostenerlo, incorporarlo, delimitarlo y originarlo en otro lugar donde le sea accesible de conocer. Ante el influjo del “germen” creador, el sujeto se declara subordinado.

En distintas dificultades de desarrollo subjetivo, ser creador es la única posibilidad del sujeto para encontrar un espacio para “ser” cuando otros espacios relacionales han sido infructuosos o negados o privados. Justamente, todo sujeto está sujeto, valga la redundancia, a lo indeterminado, así pues, todo sujeto tiene que crear para mover lo indeterminado y propiciar posibilidades de “ser” y de “hacer”. Es así que podemos decir que el verdadero lugar de vida del sujeto es el que éste pueda construirse. Tomamos aquí lo que desarrolla Álvarez (1974): *por medio del trabajo de creación, el sujeto intenta comunicarse consigo mismo, es decir, la obra sería una extensión de su yo capaz de reflejarle partes desconocidas de su propia identidad.*

El ser creador, en el ámbito de lo relacional, conlleva a asumir un rol de transformación como base de la experiencia. Lo particular del sujeto creador aparece como la capacidad para asumirse como tal frente a sí mismo y a los otros. *La creación formula un puente de coincidencia entre pasado, presente y futuro, y desde ahí escribe una historia. Sobre este sistema, “lo posible” actúa como fuerza centrípeta que conduce a la obra capaz de insertarse finalmente en “lo dado”, mientras que “lo imposible” es el impulso centrifugo que garantiza la continuación del trabajo, abriendo las formas hacia la divergencia¹⁴⁹.* Qué duda cabe que el desarrollo armónico de todo sujeto pasa por *sentirse productor y autor de su vida.*

¹⁴⁹Jeanette Amit Rojas. (2002). *Actualidades en Psicología*, Vol. 18, No. 105,

La creación se produce en la necesidad de encontrar una identidad que va a situarse desde dos perspectivas. Por una parte, la necesidad de ser, la necesidad de sentir una integridad dinámica de sí mismo. Por otra, desde la necesidad de sentir de un modo armónico que lo indeterminado forma parte de uno mismo y la creación, desde ese lugar propio de lo nuevo a producirse, nos provee de ese lugar de lo indeterminado como algo de lo posible y de lo sostenible. Además, en esta tarea de la creación, también se van dando ciertas exteriorizaciones del yo como ideales en ser. De este modo, la creación es también parte de los otros y nuestra identidad se va configurando y apareciendo en ese diálogo intersubjetivo consustancial a todo proceso creativo.

El lugar de creación por excelencia es el de la producción de imágenes de emociones y, aún más, el de construcción de imágenes mentales. Ante su dificultad de imaginario que dé sentido a su experiencia, la creación de imágenes mentales, (olfativas, visuales, sonoras, táctiles, figurativas, abstractas, sensitivas, literarias, etc) es lo que les va a permitir la sensación de una organización psíquica interna desde la que poder, no solo crearlas, sino, más aún, pensarlas y hacerlas propias.

En esa línea, y en el psiquismo no puede ser de otro modo, las imágenes creadas no son sin vínculos con el otro, vínculos que dan lugar procesos identitarios, vínculos que permiten la semejanza y la diferencia amable, vínculos que trascienden la relación dual para permitir el otro como experiencia. Diríamos que ese es lugar fundamental del Arteterapia: creación de espacios vinculares promoviendo la singularidad del sujeto.

Un aspecto esencial para el desarrollo del lugar de creación en la discapacidad psíquica es el lugar que emerge, ineludiblemente, de la confianza de para el otro, aquello que él pueda imaginar, también va a tener sentido. Si bien, esto es la premisa para todo inicio de pensamiento, en la discapacidad psíquica es también, a pesar de la edad evolutiva, la condición principal. Sin esa confianza no se puede disfrutar del pensamiento ni de la imaginación.

¿Desde dónde crea el sujeto? El lugar de creación tiene dos variantes indisociables. Por una parte, el sujeto tiene la iniciativa y dirige su acción; por otra, no sabe bien la dirección ni el

cómo ni el resultado final, en un conglomerado interrelacionado de emociones contradictorias, desde el placer al dolor, desde la emoción al pasaje al acto. Lo más interesante del sujeto creador es que, en el acto creativo y su producción de obra, le provee de la capacidad de asumirse como singular en la relación con los demás.

Es frecuente encontrar que la creación espontánea en las personas con esquizofrenia se da con frecuencia la expresión de escritos desordenados ligados a dibujos, creación de lenguajes sin sentido, hipertroías de figuras, disposición al abigarramiento de figuras, formas rígidas, horror al vacío de la hoja.

Estos mecanismos primarios también son parte del pensamiento creador del o la artista que goza de todo supotencial sin alteraciones. Y como nos dice María del Río¹⁵⁰ (2006) La diferencia estriba en que *el artista normal crea, no para transformar el mundo exterior, sino para describirlo a otras personas sobre las cuales desea influir [...] progresa mediante el ensayo y el error; aprende y sus modos de expresión cambian, o su estilo se transforma (Kris, 1995). El artista psicótico crea a fin de transformar el mundo real; no busca un público y sus modos de expresión permanecen inmutables en cuanto el proceso psicótico ha alcanzado cierta intensidad. Zito Lema (1975) lo dice del siguiente modo: mientras que el o la artista llamémosle “normal” puede jugar, recrear y transformar al objeto, el enfermo o la enferma mental necesita, «“congelar” el objeto, “congelarse” él, porque si no, se muere de dolor, tiene la idea de que no va a poder soportarlo, le faltan fuerzas, ayuda¹⁵¹».*

Acercarse al tema de la creación, siempre nos devuelve una sensación estimulante y prometedora, pero no exenta de cierta angustia; también desafiante e inquietante, entre lo próximo y lo lejano, entre lo posible y lo deseado, entre la ilusión y lo novedoso, entre lo onírico y la consciencia. Por ello, para hablar del proceso de creación tendremos que hablar primeramente de la creación del sujeto, del proceso de constitución del psiquismo.

Últimamente se están publicando estudios sobre la evolución del periodo de gestación y, lo que se pensaba hasta hace muy poco de que el feto no tenía ninguna actividad

¹⁵⁰ Del Río, M. Tesis Creatividad y enfermedad mental, recuperada de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/bba/ucm-t29445.pdf>

¹⁵¹ Zito Lema, Vicente. (1975) *Conversaciones con Pichón Rivière sobre el Arte y la Locura*. . P. 144-148. Ediciones Cinco

significativa, se ha quedado obsoleto. Se comprueba cómo el feto no sólo responde a estímulos de la madre, sino que los percibe de una manera especial, así como que tiene cierta vida de progreso en su medio uterino. Volvería a destacar aquí al genial pediatra y psicoanalista inglés Donald Winnicott que fue el primero que nos transmitió que el bebé tiene un impulso a la vida natural. Nos viene a decir dos cosas de una importancia fundamental. La primera es que el bebé en sí no existe, ya que existe por su relación con el ambiente que le cuida, con la madre, con los cuidadores. Por otra parte, nos dice que el bebé, desde su inicio a la vida, tiene una disposición activa a incorporar el medio que le rodea y a “experimentarse”, claro está, en función de los cuidados que reciba.

En este sentido, podemos decir que la vida le viene al bebé por el ambiente sostenedor. Dice Winnicott que el niño no sólo aprende por el juego sino que tiene la necesidad de jugar y si se le permite ese “recreo lúdico”, el niño va a ir haciéndose en salud.

El bebé no tiene una existencia en sí mismo sino en la existencia y el deseo de quien le cuida, siendo este último, el deseo de quien le cuida, lo que le da la vida al niño. Decía Peter Fonagy (1999)¹⁵²: *el niño puede pensar por que ha sido pensado por alguien. El "Yo pienso, por lo tanto yo soy" no constituirá el modelo psicológico del nacimiento del self. Quizá se acerque más a la realidad el "Ella piensa de mí como pensando y, por lo tanto, yo existo como un pensador". Si la capacidad reflexiva del cuidador/a le ha permitido a él/ella describir adecuadamente la actitud intencional del niño, entonces éste tendrá la oportunidad de "encontrarse a sí mismo en el otro" como un ser con capacidad de mentalizar".*

Tomemos la metáfora del pecho, de los primeros momentos de alimentarse el niño. El bebé se encuentra con la desazón natural de sentirse en un espacio distinto al uterino, sometido a una gran cantidad de estímulos internos y externos. La madre alimenta al bebé, este se calma, y al poco lo vuelve a alimentar y este se vuelve a calmar, pero pronto necesita de un sustituto para seguir chupando, prolongando el placer tenido en el proceso de alimentación. Podríamos decir que tras esta primera experiencia de satisfacción, lo que

¹⁵² Fonagy, Peter. Trabajo presentado en el "Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo", Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC, 13 de Mayo de 1999

necesita es seguir sintiendo el placer de ser alimentado y no tanto el de estar alimentado, pero fundamentalmente, si para el cuidador también es un placer alimentarlo. De este modo, la alimentación deja pronto de ser una necesidad vital para el bebé, y sí lo es el de sentirse placer para alguien. El bebé ya no va a reclamar solo ser alimentado, sino sentirse en el deseo de alguien, en el calor y la seguridad de sentirse sostenido por alguien. Aquí ya se ha creado un vínculo de vida para el bebé, aunque cabría preguntarse si la cuestión del vínculo se convierte en una necesidad o lo que realmente ocurre es que necesitamos el vínculo de la necesidad.

Esta metáfora de la alimentación es lo que ocurre en el desarrollo del niño en los primeros años en sus relaciones de maduración. Por ello, podemos decir que el psiquismo es un “*entre-dos*”, y que precisamente por eso da lugar a un lugar tercero, a lo que Jessica Benjamin (2012) llama la *terceridad* y Fiorini (2006) *procesos terciarios*. Es un espacio de vida entre el niño y el Otro, un espacio que no pertenece a ninguno pero que da la vida psíquica al sujeto. Es un espacio no limitado, no conocido, sentido con inquietud y que durante la vida siempre intentamos capturar, coger, pesar, medir. El acceso a nombrar, a señalar, a destacar, en definitiva, al lenguaje culmina la constitución del psiquismo y da lugar a la presencia del sujeto. Así mismo y por ello, el lenguaje evoca para siempre la permanencia de una sensación de movimiento interno, de descentramiento de lo propio que permite el lugar anhelado para ser. Las emociones, las sensaciones, el pensamiento, se articulan alrededor del lenguaje, de la posibilidad de nombrar, y nos devuelve siempre un lugar inestable desde el que aparecemos. El sujeto nunca encuentra una identidad única, inamovible; es justo por eso por lo que podemos crear, por lo que necesitamos darnos y encontrarnos sentidos. Diría entonces que la creación se sitúa en ese lugar de descentramiento del sujeto. Esto se ve claramente también en la experiencia de cada uno del pensamiento o el de la reflexión; todos tenemos un diálogo interno en el que nos preguntamos, nos contestamos, dudamos, etc., pero, ¿Quién pregunta y quién responde? Es ese lugar inasible entre la pregunta y la respuesta el que es más propio, ese lugar nunca creado, nunca ajeno, pero a su vez nunca apropiado desde el que emerge nuestra vida psíquica. No es un lugar prestado, no es un espacio imaginable, no es un lugar

representable; es el lugar de la *autoría* del sujeto. Roger Chartier (1999)¹⁵³, desarrolla el concepto de “función autor” de Foucault y lo describe muy bien cuando nos seduce en su modo tan directo pero estimulante en su tesis de que *la función autor es una función del discurso...* En esta línea, Amparo Rovira (2003)¹⁵⁴ *manifiesta el acontecimiento de un cierto número de discursos y se refiere al estatuto de ese discurso en el interior de una sociedad y en el interior de una cultura...*

Ese espacio, el de construir la respuesta, no pertenece al Yo del sujeto ni a su voluntad, no pertenece a su deseo ni a sus emociones; pertenece a aquello que va permitiendo que mis sensaciones más primarias o más manifiestas puedan tomar un sentido, que si en principio no es prestado por el Otro, si que proviene de la necesidad de ser con el Otro. Así, la autoría del sujeto es no estaría ligada a lo que llamamos su intimidad sino más bien a lo que Miller (2010) llama la *extimidad*, es decir, *soy siéndome en lo porvenir, en lo por construir*. Sin esto, paradójicamente, el sujeto queda huérfano y condenado a la repetición más angustiada.

El texto de Borges¹⁵⁵, “Borges y yo”, publicado en El Hacedor en 1960,2 manifiesta con una particular agudeza, la distancia que separa al autor como identidad construida del individuo como sujeto concreto, describiendo la captura, la absorción o la vampirización del ego subjetivo por el nombre de autor: “Al otro, a Borges, es a quien le ocurren cosas”.

Abordemos esto desde otro punto que no aporta Ricardo Rodolfo (1999) y que es uno de los ejes importantes en la clínica del arteterapia: *la construcción del espacio psíquico interno*. Es un lugar acolchado por vagas representaciones de sí-mismo, que permite la entrada de nuevos matices para ser pensados; que permite albergar el vaivén de las emociones sin representación sin temor al desbordamiento de los límites. Es un lugar que permite interpretar, es decir, otorgar sentidos difusos y concretos a las nuevas experiencias; es más, es un lugar que respira y anhela por la inclusión de nuevas experiencias. Este es el lugar más anhelado por todo sujeto: jugar el sentimiento, la seducción de la *vulnerabilidad y la invulnerabilidad* como ejes de ser. Al hablar de espacio psíquico no podemos menos que recordar las cruciales aportaciones de Winnicott. En un

¹⁵³ Chartier, Roger. (1999) Trabajar con Foucault: esbozo de una Genealogía de la función-autor. Signos Históricos, vol. 1, núm. 1, junio, pp. 11-27 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México

¹⁵⁴ Rovira Sánchez, A. (2003), Las quimeras del arte. Ed. Marfi. P. 65

¹⁵⁵ Borges, J.L. (1960). Borges y yo, en El Hacedor, Buenos Aires, Emecé Editores, p. 69-70.

desarrollo de su teoría, *Meltzer* nos explica con facilidad de dónde nace esta disposición al espacio interior. *Meltzer* (2004)¹⁵⁶ en una ampliación de la noción de oralidad nos dice:

El conflicto estético da nacimiento a la vida psíquica. Al momento de nacer el bebé experimenta el impacto estético de la belleza de su madre. De su belleza exterior, que está a disposición de sus sentidos. Luego, si ella tiene suficiente capacidad de reverie, es decir, si es capaz de devolver como buenas, las proyecciones persecutorias de su bebé, este puede poner en marcha el conflicto estético que se da con el interior enigmático bello de su madre, que debe ser construido con su imaginación creativa, entonces aunque con dolor se produce un desarrollo normal.

Con *Derrida*, diría que la construcción del espacio psíquico interno, es un lugar mítico pero que al que podemos tener acceso desde la “*deconstrucción creativa*”, siendo en ese vaivén entre el otro y lo interno lo que da lugar al espacio de seguridad psíquica.

Sigmund Freud (1910) plantea:

... El proceso creativo del artista se deriva de una acción lúdica y no de un sofisticado proceso intelectual. Las primeras manifestaciones de creatividad se repiten una y otra vez durante la infancia. El jugar se convierte en la actividad más importante de un niño; el niño tiene categóricamente como ocupación jugar.

Y bien, a partir de este análisis, Sigmund Freud desarrolla un análisis sobre la relación que existe entre el proceso del desarrollo del juego y el proceso de creación por medio de la fantasía de las personas que ya han dejado de ser niños: *Lo opuesto de juego no es entonces lo que es serio sino lo que es real.*

¿Qué hace el artista? Básicamente el artista, según Freud, hace lo mismo que hace un niño: él crea un mundo de fantasía que lo toma con una seriedad absoluta. Esto es, él o ella invierten grandes cantidades de emoción al tiempo que lo separan drásticamente de la realidad.

¹⁵⁶ Samperisi, Alberto. (2004) *Variantes neuróticas frente a la experiencia estética*. p.8., recuperado de www.sps.org.ar/.../Samperisi_actividad_cientifica

No se puede hablar de proceso creativo sin hablar de Winnicott, en su *espacio potencial*, en la "creación de la obra" que resulta de la relación del bebé y la madre, es decir, en ese continuo que es el espacio de seguridad y de existencia que Winnicott denomina Holding: el medio ambiente que sostiene al bebé. Nos indica también que la creatividad primaria deriva en la construcción objetual y del mismo mundo en que vivir. Tanto Winnicott como Freud definen la creación a partir de la capacidad de juego.

Winnicott (1999) se pregunta y, de algún modo, nos pregunta, si esta creación responde a *la necesidad de ser creado*. Nos dice que la ilusión de omnipotencia del infante es el núcleo del vivir creativamente; primero, existe la creatividad que pertenece al sentirse vivo, y el mundo es solo un mundo subjetivo (antes de encontrarse con el mundo objetivamente percibido). Así, sobre el objeto subjetivo, el niño ejercerá por primera vez su creatividad. Para Winnicott, la creatividad no tiene nada que ver con la reparación, tal como lo sostiene Klein. El niño sí instrumenta su creatividad para reparar un objeto dañado. El mismo impulso creativo que lo llevó a crear al objeto subjetivo, es el mismo impulso que lo lleva a crear al objeto transicional, que lo lleva a crear una obra de arte, etc. La primera creación del niño por lo tanto, es el objeto subjetivo.

Para Freud, la creatividad en el adulto está relacionada con su teoría de la sublimación, y para M. Klein la creatividad está asociada con aspectos reparatorios dentro de la posición depresiva. Winnicott plantea otras raíces para la creatividad, a pesar de aceptar que "la reparación proporciona un eslabón importante entre el impulso creador y la vida que lleva el paciente. Para Winnicott (1965), la creatividad primaria es esencialmente una fuerza innata hacia la salud; es *primaria, presexual, y está íntimamente ligada a lo que la madre le permite al bebé crear*¹⁵⁷ ... *haciendo las cosas de manera tal que el bebé crea que él creó al mundo*. Winnicott no hace reposar la creatividad en una transformación de las pulsiones. Habla de una creatividad propia del ser humano, que no deriva de las pulsiones, aunque la energía proceda de lo pulsional.

¹⁵⁷ Winnicott, D.W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* Barcelona: Paidós.

Querría poner un especial énfasis en la interesantísima aportación de Winnicott y de Green, sobre la cuestión de que la capacidad de creación responde a *la necesidad de ser creado*. Si seguimos esta pregunta, nos lleva necesariamente a sentir de lleno, en nuestra intimidad, ese aire dulzón de ser causa del deseo, de sentir *el deseo habitado*. Quizá no nos embargue ninguna otra sensación con un sentido más melancólico y satisfactorio que el de sentir nuestro deseo habitado; habitado por pedacitos de emociones que nos transportan a lo individual, desde la leve caricia de algo que nos trasciende, esto es, algo que no nos pertenece del todo y que proviene del Otro, adoptando diversas formas: una mirada lejana, un recuerdo tierno, una sensación de embriaguez emotiva, una caricia olvidada, un lamento difuso, etc. Esto nos lleva a la siguiente formulación, retomando aquí las tesis defendidas por Anna Segal (1981) sobre Melanie Klein: el sujeto accede a la subjetividad desde una posición que se podría llamar depresiva, pero no en tanto por la sensación de una pérdida y, por tanto, sensación de desubicación del destino de sus afectos, sino porque las primeras experiencias de vida se dan desde el cuidado de otro que nos proporciona la placidez existencial. El siguiente paso del bebé, es el de identificarse en esa placidez a través de la incorporación al medio sostenedor. El acto creador es, de algún modo, una recreación de ese tiempo inicial, siendo la obra un objeto subjetivo que envuelve nuestra subjetividad. El acto creador quiere situarse en ese descentramiento causal del sujeto.

Tomamos aquí el excelente trabajo de Lola Mondejar (2009)¹⁵⁸ cuando nos dice que

El proceso creador trabaja a expensas del yo, atravesándolo, conmoviendo su organización, arrastrando consigo los fragmentos de esa organización. Lo traumático ligado a la creación consiste precisamente en que el sistema creador hace trauma: desborda un psiquismo que no está en condiciones de contener esa irrupción de excitación de calidad desidentificatoria. El espacio donde se establece el psiquismo creador es el de un psiquismo en estado paradójico, de afirmación y negación simultáneamente, que pone en crisis las imágenes en las que puede fraguarse un sí-mismo.

Una opinión parecida encontramos en *Daniel Malpartida (2011)*¹⁵⁹, cuando nos dice que *“la creatividad y la capacidad del goce estético están vinculadas a la creatividad primaria,*

¹⁵⁸ Mondejar, Lola, (2009). El Factor Munchausen.. Psicoanálisis y creatividad. Ed. Cendeac, p.104

es decir, a la puesta en relación de dos cuerpos y de dos psiquismos. En la estética de los orígenes siempre estarán presentes dos cuerpos”.

Crear tiene que ver con un trabajo psíquico, irrenunciable para la salud, y que nos permite tener la sensación de dos aspectos indiscutibles que conviven en el psiquismo: unidad y permeabilidad psíquica. *Unidad*, porque el acto creativo es un modo de convivir entre las distintas representaciones y *permeabilidad psíquica* porque da un estatuto de relevancia a la diferencia entre las distintas representaciones. Retomaría aquí, unas frases del artículo “Un viaje por arte terapia”¹⁶⁰:

El viaje de la creación sería aquel, en el que el placer de crear es lo que prima el momento, cogidos por el gusto de re-crear nuestros espacios de vida, empujados por una sensación de embriaguez y abandono en la expresión de crear, en ese encuentro con la obra que, poco a poco, nos despierta el - (al) - progresivo avance de la misma -a veces casi de golpe-, con y en la imagen de lo creado. Los momentos de creación son momentos excepcionales de vida, de sentir la plenitud de vivir, de la tensión de vivir. La creación es una puesta a prueba por encontrar un lugar para el sí-mismo y que, desde la frustración inherente al hecho de pensar y desear, nos lleva a un lugar de ideal en nuestra relación con el extraño, con el otro. Toda creación viene determinada por el encuentro con una obra, sentida, pensada, emocionada, en un ideal, frustrado o no, en el que nuestra posición en el mundo y con los demás, en el que la relación con el Otro, garantiza y determina inevitablemente la idea. Por ello, el momento de la creación es un modo de querer y un modo de se”.

Tendríamos que diferenciar el proceso de la creación, su momento y su tiempo, de la obra creada, de la imagen creada. En el proceso de la creación, se trata de un tiempo en el que aparece con plenitud “el espacio psíquico” de vida, en la necesidad de sentirnos en una prolongación con nuestro medio, con el desarrollo de los vínculos que nos animan a amar, a respetar, a valorar, a sentir, en definitiva, el gusto de ser en una vida de relación. Crear, por otra parte, es también un acto de intimidad, en el que el gusto por sentir, por pensar,

¹⁵⁹ Rev Actualidad Psicológica Enero-Febrero 2003. *Psicoanálisis a Través Del Arte : Un Presente Por Venir.*

¹⁶⁰ Coll Espinosa, F, J. (2013). *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social.* Universidad Complutense de Madrid. Biblioteca Complutense. P.43

por prolongar la emoción, adquiere todo su peso en ese tiempo de creación. La obra creada nos devuelve así el gusto de sí-mismo, siempre un poco con olor a ajendidad, de un modo dimensionado y amable.

Ese va a ser el otro aspecto básico para la creación: disfrutar lúdicamente del pensamiento, poder imaginar la realidad y alterarla, inventar otro tipo de lenguaje, relativizar conceptos, etc., en definitiva, sentir que su pensamiento tiene un lugar agradable en la realidad de los demás.

Se suele decir que el acto creador, la obra creadora tiene que tener ciertas concesiones de innovadora, no imitada, singular y producto de una intención y tensión creadora. Yo diría que un acto creador se da desde el mismo momento en que existe la voluntad de re-escribir algo, de hacer algo que nazca de una necesidad de dar un sentido plástico, literario, etc, a una emoción interna. Me parece un ideal muy elevado la idea o pretensión de producir lo nuevo. Diría que incluso al imitar, el sujeto entra en un proceso que sale de sí, para intentar encontrarse en una imagen exterior, e incluso siendo una imagen que sirve de modelo, ya se vale de una idealización y, por tanto, ya no es solo un proceso imitativo. Cuando esto pasa, el sujeto hace lo que puede hacer y es valioso para él, la creación de un espacio exterior en el que reconocer algo de su interior, aun cuando sea producto de una idealización. Por otra parte, sostener la creación de lo puramente nuevo, es también producto de una idealización no menos alienante.

Por otra parte, tendría que matizar que la creatividad, el acto creativo, no sería propiamente el acto creador. En la creatividad se trataría de movimientos que tienen que ver con las representaciones del sujeto, con movimientos destinados a relajar las tensiones propias del psiquismo. En el acto creador, se trataría de la construcción desde lo innombrable, desde la distancia entre la emoción y el lenguaje, situado en esa conjunción de palabra y emoción. El acto creador es áquel que surge la pregunta que se formula en la génesis del pensamiento, sin forma ni nombre, pero que da la posibilidad de enunciar la siguiente pregunta. En la creatividad se dan las re-presentaciones, la prolongación de lo imaginario, el re-creamiento narcisístico, la posibilidad del argumento. En la creación, por contra y además, presente lo informe, sorprende siempre al sujeto, le pilla desprevenido y

su energía le sume en la necesidad de pensamiento. Crear, entonces, tendría más que ver con re-crear, con dejar venir lo nuevo a lo desconocido, creando necesariamente una tensión psíquica que inquieta y que no termina de resolverse.

Podríamos decir, entonces, que la creación no lleva al descubrimiento del sí-mismo, sino más bien a un desplazamiento dimensionable de la sensación de ser. La creación es una “conquista” a la fantasía, un recorte a la angustia y una promesa de trascendencia.

Freud (1913) en *Tótem y Tabú*, al final de una reflexión sobre “El animismo, la magia y la omnipotencia de los pensamientos”, Freud hacía la siguiente observación:

El arte es el único campo de nuestra civilización en el que la omnipotencia de los pensamientos se ha mantenido. Sólo en el arte sucede todavía que un hombre atormentado por los deseos crea algo semejante a una satisfacción de esos deseos y que lo que él hace como juego produzca – merced a la ilusión artística – efectos afectivos como si se tratase de algo real. Con razón se habla de la “magia del arte” y se compara al artista con los magos. Pero la comparación es quizá aún más significativa de lo que parece. Sin duda, el arte no empezó siendo arte por amor al arte. Trabaja al servicio de tendencias hoy extinguidas en su mayoría. Y entre ellas, podemos sospechar la presencia de muchas intenciones mágicas.

Esto nos da cuenta de que las primeras realizaciones artísticas tienen que ver con la inseguridad, con el descentramiento, con lo inefable del sujeto. El desarrollo de las civilizaciones con el conocimiento del mundo, lleva a renunciar al principio de la omnipotencia para insistir en el mundo de la ilusión, en el placer de dar no solo otras imágenes del mundo, sino también de darse el artista otras imágenes de sí mismo.

7.2. Dinámica del proceso creador

El arte no implica solamente un sentimiento de la armonía interna, sino el interjuego libre y sin estorbos de la imaginación y el entendimiento

Kant

En el proceso creador destacaríamos las siguientes apreciaciones, siguiendo el artículo sobre “el proceso creador” (Coll Espinosa, F.J. 2006).

1. **Supone la creación de otra “superficie del acontecer”,** de lo por-venir. Este concepto lo tomamos de R. Rodulfo (1986), en el que nos explica cómo el sujeto siempre se debate en el intento de hacerse un espacio en el que desarrollarse, en el que sentir que tiene un lugar para la vida, para su desarrollo, para su representación. La “superficie del acontecer” es también un lugar para la seguridad psíquica, para generar la ilusión de lo nuevo, de las experiencias por venir. Esto lo vemos con especial claridad en la necesidad y la satisfacción de los niños al contarles historias, en el que se hacen a la idea del espacio y del tiempo; un niño que no haya crecido al abrigo de “historias y cuentos” contados por sus seres más cercanos, será un niño que tendrá especial dificultad no solo para organizar el juego, sino también para la organización espacio-temporal, así como para la lectura comprensiva. La “superficie del acontecer” es ya el espacio interior que inauguramos y preparamos al pensar en algo, al sentirnos confiados para algo. Es también una prolongación de lo subjetivo a advenir, la sombra confiada y prolongada que augura la subjetividad propia. Podría decir que este es el espacio genuino que configura la creación.

Con Fiorini podemos decir que esto que Rodulfo llama “superficie del acontecer”, él lo llama “procesos terciarios”, ese discurrir lleno de inercia que se sitúa entre la precipitación y lo ya sido.

2. **El diálogo interno.** Podríamos decir que crear, conlleva un diálogo interno que da lugar a la idea de la obra a realizar. A veces, más que un diálogo es una tensión interna por encontrar la idea y la forma a crear. En este proceso de formación, tanto de la idea como de la forma, se establece una comunicación interna que, casi de modo inmediato, nos sitúa en un lugar diferente respecto de la posición de subjetividad anterior. Las dudas, tensiones, preguntas, vacilaciones, hacen emerger un nuevo lugar en lo interno, un desplazamiento y una vacilación positiva en la manera de verse.

La obra creada tiene el efecto de cierta independencia de su autor. A poco que se comience a crear algo, se establece una pequeña pero intensa distancia entre el autor y la obra, teniendo que realizar el autor un ejercicio de afirmación para seguir sintiendo que la obra le pertenece. Al poco del inicio de crear, se establece como un diálogo entre la obra y su autor, dándose con cierta intensidad sensaciones de ajeneidad con la obra así como de fusión con la misma. La riqueza de la creación es justamente eso, ese diálogo vivo en que se ve llevado el autor, aportándole una sensación de inquietud pero de consciencia de sí, y una sensación de indeterminación positiva; el resultado final, es la sensación amable de su sensación de existir, una visión amable del Yo. La creación da lugar a la creatividad y, por tanto, a la creación de nuevos vínculos y modos de reconocerse y de conocer la realidad y los otros.

Podríamos decir que este diálogo, en frecuentes ocasiones lo sentimos como un diálogo mudo en el que la tensión interna lucha por encontrar una forma exterior. De alguna manera, siempre estamos en un diálogo interno que nos hace sentir y contrastar la realidad externa y la recepción interna; el diálogo interno que se produce en la creación, es un diálogo que no se ocupa de contrastar la realidad externa, sino de buscar otros espacios de extensión interna. Es también el diálogo que nos permite acercarnos a lo enigmático de uno, a aquello que desconocemos, que nos inquieta y que tememos que nos desestructure, pero también que es algo bello de uno; fijémonos sino en la pregunta sin respuesta del enamorado: ¿Por qué me quieres? Preferimos una respuesta vaga y dejarla en el terreno del don, porque si

la contestan difícilmente nos sentimos reconocidos en eso. El sujeto, diría, siempre está en esa búsqueda de lo enigmático de uno. La creación le acerca a ello de un modo acogedor y apacible.

3. **El diálogo con la obra.** Si bien al inicio del momento creador, la acción tiene una dirección única hacia la acción, a poco que se comience, ya no nos queda tan claro desde donde surgen las ideas para continuar. La imagen que vamos teniendo de la incipiente obra, toman una importancia determinante en cómo continuarla, emergiendo una tensión de a dos: el sujeto y la obra; un diálogo de a dos, que se van complementando y causan la acción creadora. Un primer trazo sobre un folio, ya rompe lo real y nos comienza a determinar e indicar cómo continuar. Al crear, todos hemos tenido la sensación, a veces difícil y otras agradable, de tener que hacer, incluso, cierta torsión corporal, alejarnos, acercarnos, mirar y volver a mirar, para ir recomponiéndonos en el resultado de nuestra acción creadora, para ir también ajustándonos a lo que nos pide la obra. Sobre esto se ha escrito ya mucho; desde el movimiento Dadá y toda la concepción del arte conceptual, numerosos artistas se inclinan a pensar que *el sujeto se dispone en el arte y no dispone el arte*. Recuerdo aquí la célebre frase de Picasso: *Yo no busco, encuentro*; también decía que *la inspiración ha de venir al artista, pero lo ha de encontrar trabajando*. En esta última consideración, retoma la parte de subjetividad del artista que parecía dejar ausente en la primera. Comparto esta idea de que aunque el sujeto, por estructura, es creativo, la creación se da cuando el sujeto permite trabajar sus diferencias y encontrar la subjetividad en ese trabajo.

En una entrevista a *Francis Bacon* realizada por *Marguerite Duras*, nos dice¹⁶¹:

No dibujo, empiezo haciendo todo tipo de manchas; espero lo que llamo «el accidente»: la mancha desde la cual saldrá el cuadro. La mancha es el accidente. Pero si uno se para en el accidente, si uno cree que comprende el accidente, hará una vez más ilustración, pues la mancha se parece siempre a algo. No se puede comprender el accidente. Si se pudiera comprender, se

¹⁶¹<http://www.circulofreudiano.com.ar/bacon.html>

comprendería también el modo en que se va a actuar. Ahora bien, este modo en el que se va actuar, es lo imprevisto, no se lo puede comprender jamás.

Bacon nos desvela aquí un sujeto que está determinado por imágenes inconscientes y que debe dejarse atravesar por ellas; y no solo dejarse atravesar, sino tener la tensión de dejarse trabajar por ellas, dejarse crear por ellas. Vemos aquí una pequeña, pero importante diferencia con *Picasso*: el sujeto de Picasso es un sujeto deseante y el sujeto de Bacon es un sujeto determinado y ligado a la desposesión, ya que lo creado queda siempre del lado de lo desconocido. Quizá por ello, la obra de Bacon, parece que casi siempre nos devuelve la sensación de la sorpresa, del movimiento, de transparencia y opacidad conjuntas, entre la melancolía y la pasión, entre el gozo y la sombra; en Picasso, sobre todo en su pintura cubista, vemos la multideterminación del deseo, el goce de lo concreto, la realidad abstracta del psiquismo.

4. **Supone el encuentro con un espacio interior e inquietante**, es decir, con la sugestión del enigma de lo propio, con lo desconocido de uno mismo, con la otredad, con lo intersubjetivo, con la necesidad de desear, con el vacío del deseo. Jeanette Amit Rojas¹⁶² (2002) lo dice así:

El sujeto creador queda confundido con la ruptura, en un estado post-creación de carácter depresivo, porque el "objeto" se diluyó, la obra lo abandonó y salió de su control; eso que era uno con él se ha vuelto otro y se pierde. Sobre la obra acabada ya no puede recuperar el "objeto". Por otra parte, el sujeto no puede dar garantía del valor de la obra a la que arriba, ya que con ella traiciona en cierta medida, mayor o menor, cualquier objetivo que haya formulado de forma predeterminada o consciente; a la vez, la obra tampoco alcanza a ser el "objeto" que se busca, aquel que ha sido causa del trabajo. El sujeto creador carece entonces de los recursos críticos para distanciarse respecto a su trabajo.

¹⁶²J.Amit Rojas, Jeanette (2002). *Actualidades en Psicología*, Vol. 18, No. 105.

Nos supone, por tanto, una distancia cercana en lo que nos representa en lo interno. Recordemos aquí el importante artículo del Freud “Lo siniestro” o “lo inquietante”, según la traducción realizada. Nos dice Freud que el sujeto se vive con un sentimiento de intimidad que es difícil de concretar y, por ello, por esa debilidad consecuente (cuyos efectos más perniciosos son la manía y las derivaciones fóbicas graves) va a situar en la sensación de “extraño” a aquello que es lo más íntimo, que corresponde a lo más familiar de sí. En este sentido recuerdo aquí el concepto de “extimidad” de J.A. Miller. Les remito al magnífico artículo, en este libro, de Sylvie Le Poulichet (1998) sobre “Lo informe”.

El proceso creador se configura alrededor de esos sentimientos más íntimos ligados a los más presentes, pero que a su vez se viven como lejanos y extraños. Justamente por eso es “creación”, porque se sitúa en el espacio psíquico que hay entre lo interno y lo externo, ubicándolos en un mismo espacio, no como diferenciados.

5. **Es un despliegue de lo pulsional, un “hacerse” en la obra.** La pulsión, si bien al decir de Freud es siempre creadora, incesantemente creadora, inquieta, insatisfecha, buscadora de satisfacción, buscadora de realización, pero justo por lo contrario, por la imposibilidad de su logro, porque ese recorrido es la razón de su esencia. Winnicott por el contrario, defiende que la disposición a la creación es estructural del psiquismo y trasciende la pulsión, responde más a la ese lugar tercero que provee el Otro, que a la ligazón pulsional. La creación para Winnicott es la energía pura de vida creada y sostenida por el deseo de cuidar del otro materno. Pero quizá entre Winnicott y Freud no hay diferencia. El término de pulsión, acuñado por Freud, no es solo aquello que liga lo psíquico y lo somático; lo que Freud nos enseñó es que la pulsión es el cuerpo emocionado, es la fantasía emocionada del cuerpo, de sus órganos, de su funcionamiento, de su dominio. Es lo que nos permite “pensarlo”, desearlo, desear otro cuerpo que de vida al nuestro, anhelarlo, sentirlo insatisfecho. Este espacio pulsional, cuyo destino fundamental es sentirlo emocionado, y si tenemos en cuenta que la emoción tiene su origen y desarrollo en un caluroso recuerdo de un encuentro con el Otro,

este espacio pulsional es la creación de vínculos, es un espacio creador. Por ello, el acto creativo, aquel de la sorpresa, aquel que invade al sujeto y le lleva al momento mismo de su constitución sexuada, es un acto pulsional. En este sentido, el acto creador es un acto pulsional, un acto de vínculo con el exterior, es decir, con nuestro estar afectivo con el exterior.

6. **Crear también significa diferencia.** El proceso de creación es también un proceso de diferenciación, un proceso que anima, no sin inquietud y cierta dosis de tensión agradable, caminos de expresión y apertura que posibilitan la sensación de un encuentro entre la idea y la emoción interna. Este encuentro supone por sí mismo un desplazamiento de la posición subjetiva anterior y, por tanto, una diferencia en el sí-mismo, una diferencia con la representación de sí mismo. Aceptar este desplazamiento, esta diferencia, es el intento del sujeto desde que accede al pensamiento: encontrar un lugar desde donde poder pensar-se. Propongo que el acto creativo viene a ese lugar, a un lugar inhabitado, al guión que se escribe cuando se enuncia el sí-mismo; este es el efecto del encuentro agradable o inquieto del sujeto ante la obra creada.

7. **El objeto creado nos abre un lugar añorado, deseado y desconocido:** ese lugar que abre a la indeterminación de la subjetividad, con la promesa de un nuevo camino que seduce, en primer lugar, al sujeto, pero que a la vez, le puede paralizar. Ese movimiento de cierre que, a su vez, es de apertura, es el espacio que nos devuelve la vida desde un lugar intermedio que inaugura con el Otro. El acto creador se sitúa entre el sujeto y el lenguaje, entre el sujeto y su representación (no es la representación), entre el sujeto y sus símbolos. Más aún, el acto creativo es la re-creación de los símbolos que empujan la representación. Y esto no sucede sin cierta precipitación y, diríamos también, de precipitación. Es lo que llamaríamos “urgencia por simbolizar”¹⁶³, en eso que el sujeto tiene la necesidad de aparecer y no puede saber cómo. Por ello, siempre existen dificultades de verbalización de lo creado. En esa verbalización aparece la

¹⁶³ Coll Espinosa, F. J. 2006. Arteterapia : dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. P 170. Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones

sensación y la pretensión de “nuevos sí mismos”, de una nueva imagen (buscada, insospechada, limitada, ajena,...) de sí mismo.

La creación se da como una tarea de búsqueda e intento de construcción de una identidad, produciendo exteriorizaciones del yo como alteregos. Así, lo creado es también el otro, el “no-yo” atravesando a ese “yo” que es vehículo portador de lo otro como del mundo. La identidad es dada solo en el tiempo de aproximación al otro, en el tránsito. El sujeto es vehículo y existe como tal, como lugar donde la creación se ejecuta, mutando al ser inexorablemente trabajado por su relación con el “objeto”. El lugar del sujeto en el trabajo de creación se describe múltiple: por un lado controla y, por otro, no tiene autoridad, sabe y no sabe, sufre y goza. Esta multiplicidad de lugares opera sobre la unidad que es la tarea que lo convoca y lo urge a pasar al acto. En consecuencia, a lo largo del proceso se superponen emociones también contradictorias: placer, temor, decepción, satisfacción, sin que una anule necesariamente a las otras¹⁶⁴”.

Este es el verdadero trabajo y el gran esfuerzo para crear: el trabajo con lo nuevo de uno mismo, aunque suene un poco pretencioso. Uno puede buscar lo nuevo cuando el proceso narcisista de reconocimiento está caracterizado por la necesidad de desplegar las representaciones yoicas. Esto es lo esencial en el trabajo arte terapéutico.

8. **El objeto creado supone también una paradoja:** un encuentro logrado y un encuentro fallido. Un encuentro logrado, porque el sujeto siempre pretende ver un brillo en la obra y que le despierte el mundo de los sentidos, sintiéndose seducido por su propia obra. Un encuentro fallido, porque el sujeto no termina de ver-se en su creación, resultándole un poco ajena e inquietante; esto es quizá lo más humano y seductor de la creación. En este sentido, *J. Guillaumin* nos dice:

¹⁶⁴Jeanette Amit Rojas. (2002). *Actualidades en Psicología*, Vol. 18, No. 105,

... el objeto creado es un producto de la extensión del sí-mismo o aún del yo organizado y ocupa el lugar de un complemento exterior del aparato psíquico, por lo cual puede recibir, en el equívoco temporario de los límites del sí-mismo, el fruto de un trabajo de acondicionamiento de valor tópico y económico, del que el yo como tal no se podría beneficiar directamente. El trabajo de creación se produce probablemente por defecto, en el pliegue más o menos quebrado, de un sistema de envolturas que incluyen a aquellas, íntimas, del creador y a aquellas de que es gestor el mundo exterior. De modo que la actividad creadora, corresponde a una suerte de trabajo de reparación o de cicatrización en esos puntos precisos. Parece lícito decir que el tejido cicatricial o la prótesis de valor creador, están destinados a reparar juntamente las envolturas externas e internas del creador, "creando", gracias a la seducción estética, en un modo muy organizado y estable, un poro, un paso, un lugar de conmutación y de intercambios reglados, a la vez canal y ombligo entre el interior y el exterior para el yo del autor.

En correlación con lo anterior, traemos aquí tres dimensiones de la creación descritas por J. Doron:

- Crea un límite entre el adentro y el afuera. Delimita los espacios y sitúa un espacio de seguridad.
- Refuerza la envoltura psíquica en tanto recibe las proyecciones internas.
- Permite crear nuevos continentes de pensamiento, a la vez que facilita la comunicación con el sí-mismo.

Continúa J. Doron¹⁶⁵:

... en la creación, se vive entonces la experiencia de una disolución, en el mundo exterior, de los límites del yo. La comunicación con el sí-mismo supone una destrucción de los límites habituales del yo. Pintar consiste en representar el espacio

¹⁶⁵ Coll Espinosa, F.J. (2006). Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones, p. 175

psíquico interno reforzando la envoltura del yo o, por vuelta, en representar el sí-mismo indeterminado en la forma de un paisaje sin límites precisos: agua, luz, nubes. Crear es una representación del sí-mismo.

Releyendo a Freud y que desarrollo muy bien Melanie Klein, observamos que relacionaba la constitución de las representaciones psíquicas con *la constitución del deseo*. Desarrollando el concepto del deseo, explica que éste se realiza desde una imagen alucinadora que proviene de un estado de angustia, generando una tensión que no encuentra salida en la realidad y regresa a una satisfacción pasada. La creación, el arte, es el intento de formar una realidad distinta a aquella que proviene de la percepción. Freud nos apunta que la creación proviene de los momentos originarios del inconsciente y que ejerce un sistema económico en la vida psíquica.

Lo creado, la creación se situaría también en ese “más allá de la satisfacción” de Freud, aunque un poquito esquinado: no se trataría del goce propiamente dicho, del goce de la repetición, del goce de ser, sino de lo que fundamenta el goce, es decir, momentos previos al reconocimiento pero que configuran una primera estética de la emoción del vivir. Intersante la formulación de *Bernardo Arensburg* sobre la Pulsión de Muerte, esto es, la de la evitación de la tensión de desear; creo que es una evitación emocionada para seguir sintiendo la emoción y que entraría en el tiempo del mito el de querer sentir la emoción sin tensión. Pero esto sería como sentir la emoción sin vida. A poco que el sujeto, que el bebé, siente el placer de vivir, la tensión de vivir, es decir, de respirar, de sentir placidez con su cuerpo, es decir, con su existencia, el verdadero placer es volver a sentir con intensidad plena esa placidez, pero porque ya se tiene la necesidad de insistir en la placidez y sin esa tensión no hay placidez. Evitar la tensión de desear no es anular la tensión de desear, sino que es el deseo, la intención mítica de sentir con intensidad la placidez de la emoción. Aquí recobra toda su importancia la noción de pulsión. No sería otra cosa la sensación de plenitud y agrado que se tiene con la obra.

Para Wilde¹⁶⁶, la obra de arte, no es presentada como sustitución; *es en sí misma una emoción y una emoción repetible en lo que es la toma de contacto con el objeto artístico.*

¹⁶⁶ Colom, A.: *Oscar Wilde o el encantamiento de la insensatez*, recuperado de www.psicoanalisisysociedad.org

Sin embargo, en lo que es la vida, sí que aparece la cuestión de la sustitución, más bien de su imposibilidad. *Una emoción sentida no es repetible...* Es más que evidente que para Wilde el valor del arte está en la transmisión de la emoción. En su singularidad de transmisión.

Pero hay más en lo que es su posición como artista y es su posición crítica. Wilde concibió el “espíritu crítico” como un complemento imprescindible para el creador, pues sería lo que permite el avance de la creación. *Sin la facultad crítica, dice, no hay creación artística posible... El simple instinto creador, no innova; lo único que hace es reproducir.* Es justamente la crítica lo que permite al artista contrarrestar la inercia a la reproducción que conlleva el acto creador. Permite trascenderlo. *...la facultad crítica es la que inventa nuevas formas.*¹⁶⁷

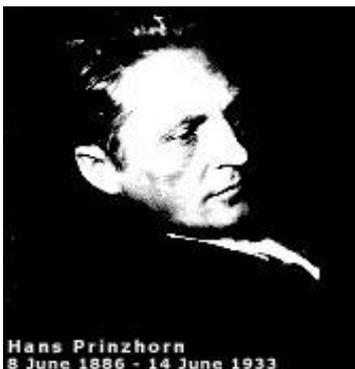
El trabajo creativo es un trabajo de creación de imágenes de representación que vinculan permanentemente emoción, sentido y lenguaje. Esto es lo que trabajamos desde el la Arteterapia y que en la discapacidad tiene efectos muy positivas.

¹⁶⁷ Ibdm

Capítulo 8. INTRODUCCIÓN AL ARTETERAPIA

“Las técnicas de la terapia por el arte están basadas en el conocimiento de que todo individuo, con formación artística o sin ella, tiene la capacidad latente de proyectar sus conflictos internos en forma visual. A medida que los pacientes expresan de forma pictórica dichas experiencias, ocurre con frecuencia que se tornan más comunicativos verbalmente”

Margaret NAUMBURG



8.1 Antecedentes

Las prácticas arteterapéuticas no han cesado de diversificarse y de ampliar sus ámbitos de aplicación, desde que a mediados del siglo XX se extendieran para tratar enfermedades psiquiátricas graves. La aplicación del Arteterapia, desde su metodología, facilita la puesta en marcha de un medio de expresión altamente proyectivo, libre de la censura del Yo y de los juicios prematuros que afectan al lenguaje verbal, desde una dimensión productiva y creativa y con valor simbólico interpretable.

La nueva disciplina del arteterapia va a ir tomando forma a partir de los años 40 del siglo XX, a partir de la conjunción de determinados movimientos culturales. De un modo nuevo y claro toma un valor importante la expresión emocional y su relación con la creatividad y el arte, inaugurando así el desarrollo de los procesos Terapéuticos del arte.

El desarrollo cultural a inicios y mitad del siglo XX fue muy importante, de tal modo que se dieron grandes cambios en todos los niveles. Tuvo una importancia extrema la complementariedad del nacimiento del psicoanálisis y todo el movimiento surrealista, con la puesta en escena del concepto del “inconsciente” y la revolución cultural y, por ende, de la vida social y educativa que eso conllevó. Se produjo, por tanto, una ruptura del arte con la figuración, tomando todo el protagonismo lo expresivo y emocional del sujeto. El deslizamiento, iniciado con el romanticismo que conduce al arte primero hacia territorios ignotos, perdidos o lejanos, al predominio de la emoción y la subjetividad; y progresivamente a mundos no reales: oníricos, fantaseados, pensados, abstractos.

La progresión en la que van apareciendo referencias y trabajos sobre arteterapia se inicia con el I artista Adrian Hill, en 1942, tras una larga convalecencia en un sanatorio, fue el primero que acuñó el término “arteterapia” para referirse a un proceso, observado primero en sí mismo y posteriormente en sus compañeros de hospital, por el cual la actividad artística procuraba al enfermo un notable incremento del bienestar emocional. El concepto de arteterapia había sido para él un estímulo potencial para contrarrestar la atrofia mental y física generada por las largas convalecencias. En 1938 el sanatorio incluyó la terapia ocupacional y Hill fue invitado a enseñar dibujo y pintura a otros pacientes, en primera instancia soldados heridos en guerra y posteriormente pacientes civiles. En 1943, publica su primera obra *Art as an aid to illness: an experiment in occupational therapy*, y en 1945, *Art versus illness*. A continuación aparecen las primeras referencias de la necesidad de una formación específica en arteterapia, que publica Marie Petrie en su obra *Art and Regeneration*.

En palabras de Ana Hernández (2006)¹⁶⁸, la rápida difusión por los hospitales ingleses de las posibilidades del arte como terapia (arttherapy) no sólo se puede atribuir a causas accidentales. Podemos encontrar algunos factores explicativos que facilitaron el proceso, como la tradicional estructura asociativa de la sociedad inglesa, las influencias de las diferentes corrientes de renovación pedagógica, que impulsaron un modelo educativo que rompía con los anteriores, y el interés de algunos psicoanalistas por las aplicaciones psicoterapéuticas del arte.

Pero realmente, las pioneras en la teorización sobre arteterapia fueron Margaret Naumburg y Edith Kramer.

Margaret Naumburg (Nueva York, 1890), fue la primera que hizo teoría del proceso artístico como base de su trabajo como psicoanalista. Publica en 1947 *Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Means of Diagnosis and Therapy*. Nos argumenta que

...el proceso de arte terapia, está basado en el reconocimiento de que los pensamientos y sentimientos más profundos del hombre, procedentes del inconsciente, consiguen su expresión en imágenes mejor que en palabras... Las técnicas del arte terapia están basadas en el conocimiento de que cada individuo, con o sin entrenamiento en arte, tiene la capacidad latente de proyectar sus propios conflictos de manera visual. Cuando los pacientes representan tales experiencias profundas, sucede, frecuentemente, que pueden mejorar la articulación verbal" (Naumburg 1958).

Edith Kramer (Viena, 1916), por su parte, fue otra de las grandes figuras de los inicios teóricos del arteterapia a finales de 1950. Tenía experiencia de trabajo con niños de campos de concentración (Terezin) y, partiendo de la teoría psicoanalítica, desarrolló su trabajo no tanto en base a los contenidos inconscientes, sino en evidenciar la capacidad terapéutica de la práctica artística. Con Margaret la separaba una clara diferencia conceptual. No obstante, esta diferencia en la conceptualización del arteterapia, aún está muy presente en la actualidad del siglo XXI.

¹⁶⁸ Hernández Merino, A., Tesis Historia de la Arteterapia. Las hebras para hilvanar la vida: el dibujo del dolor. UCM. Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 79 Vol. 1 (2006) P.83

Marion Milner, aparece también en 1950 y participa muy activamente en la puesta en marcha de los primeros programas de estudio de Arteterapia en EE.UU.

También en 1950, en París, con motivo del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría, tiene lugar la primera exposición internacional de arte psicopatológico, que reúne cerca de dos mil obras de pacientes de diecisiete países diferentes.

Dos publicaciones interesantes fueron las de los profesores Volmat con su libro *L'Art psychopathologique* en 1955 y en 1956 Delay publica *Névrose et création*. Otra publicación a reseñar es que en 1961 aparece el primer número de la revista *American Journal of Art Therapy*, reuniendo a una compilación de estudios teóricos.

Las primeras organizaciones de arteterapeutas comienzan en 1959 con la la SIPE (*Société Internationales de Psychopathologie de l'Expression*). En 1964 comienzan a aparecer las primeras asociaciones de profesionales de arteterapeutas: en Francia la *Société Française de Psychopathologie de l'Expression* y en el Reino Unido la BAAT (*British Association of art Therapists*). En 1969 se funda la AATA (*American Art Therapie Association*) en EEUU.

En 1991 se funda el consorcio de universidades ECARTE (*The European Consortium for Arts Therapies Education*), que reúne a las universidades de Hertfordshire, Münster, Nijmegen y Paris, cuyo propósito es regular los cursos de formación en las diferentes terapias artísticas a nivel europeo. Actualmente está compuesto por 32 miembros de 14 países europeos.

En los últimos años se han producido avances significativos, tal es el caso de países como Gran Bretaña, donde desde 1999 el arteterapia cuenta con un status profesional reconocido dentro del servicio de Sanidad. Esta posición implica necesariamente una formación reconocida y un registro de profesionales con un estatuto protegido.

En el libro de Susan Hogan “*The History of Art Therapy*¹⁶⁹” es sorprendente encontrar que las artes, en un principio y a diferencia de los métodos que conocemos ahora en esta disciplina, eran usadas a finales del siglo dieciocho como terapia moral. Se creía que al

¹⁶⁹ HOGAN, Susan. *The History of Art Therapy*. Londres y Filadelfia. Editorial Jessica Kingsley

poner pinturas en las paredes de los asilos, al igual que colgar imágenes religiosas en hospitales, se podía inculcar una actitud de respeto hacia la alta cultura y que esto ayudaría a mantener bajo control las alborotadas pasiones que producía la enfermedad.

8.2 Historia del Arteterapia

El arte es la compensación y el alivio del sentimiento personal de vulnerabilidad, que invariablemente acompaña al reconocimiento de la realidad impersonal

Kant

8.2.1 Ámbito artístico

8.2.1.1 El arte: “medio expresivo consustancial con la existencia del ser humano”

La palabra arte¹⁷⁰ proviene de un antiguo vocablo de origen pre-helénico (“artao”), que viene a significar “aquello que debe ser juntado, unido” o “algo que une”. De esta manera, en sus orígenes, el Arte sería todo aquello que tiende a unir partes separadas. Pero, ¿A qué tipo de partes nos referimos?

Es admitido en su generalidad, que el arte es el resultado de la unión entre el autor y su producto, es decir, su obra, y, además, con todo aquel que tiene acceso a la misma. Por ello, el arte es, esencialmente, un modo de comunicación y que puede variar dependiendo del tipo de arte y de obra que se haga.

Podría decirse que el arte tiene su origen en el origen, valga la redundancia, del pensamiento, de lo imaginario y, por tanto, de la simbolización. Fue de necesidad para el desarrollo intelectual que el ser humano pudiese reflejar aquello que hacía de un modo que le permitiese imaginar y re-crear, siendo así uno de los principales medios de expresión a través del cual manifiesta sus pensamientos, sus temores, sus fantasías, su realidad.

¹⁷⁰ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Tsu-Docencia/25036382.html>

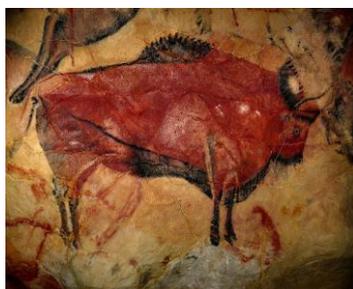
El arte es una necesidad humana tan vital como el comer. El arte y el pensamiento son dos caras de la misma moneda. Es la posibilidad de conocer la realidad externa y, su vez, la realidad interna. Es la posibilidad de conocer y construir la realidad en la que vivimos.

Si nos vamos al origen del ser humano, tenemos la constancia de su necesidad de representar su realidad, su existencia, su vida cotidiana. Las pinturas primitivas revelan que el ser humano, desde tiempos prehistóricos, organizó un sistema de representación artística. Se cree, en general, que está relacionado con prácticas de carácter mágico-religiosas para propiciar la caza, y dado el alcance cronológico y geográfico de este fenómeno, es difícil, por no decir imposible, proponer generalizaciones. El lugar de representar no siempre eran elegidos del mismo modo, más bien, se hacían en función de lo que querían representar y conseguir. Así, por ejemplo, en ciertos casos, las obras podían ocupar las zonas más de más difícil acceso o en zonas de acceso o en zonas de enterramientos. Se puede considerar que el arte formó y forma parte de la construcción de la realidad.

Otro aspecto fundamental en el arte primitivo, era re-crear las imágenes de su vida cotidiana que le diesen la perspectiva de lo existencial, es decir, de la huella de su vida. Podríamos decir, entonces, que el arte es aquello que nos facilita la perspectiva del tiempo, de la existencia en relación a los demás y la posibilidad de un proyecto de futuro, indispensable para el desarrollo humano



Escena de caza



Bisonte de Altamira, (Cantabria),



Caverna en Namibia

8.2.1.2 ¿Qué entendemos por arte?

El arte es entendido generalmente, como cualquier actividad o producto realizado por el ser humano, con una finalidad estética o comunicativa, a través del que expresa ideas, emociones o, en general, una visión del mundo, mediante diversos recursos, como los plásticos, lingüísticos, sonoros o mixtos¹⁷¹.

El arte y el pensamiento son dos conceptos indisolubles. Podemos decir que arte es todo aquello que viene a dar forma a lo que no lo tenía, que viene a crear un lugar nuevo de realidad. En este sentido, el arte promueve pensamiento y este no puede ser sin la facultad de imaginar y simbolizar.

Žarko Šimat (1967) expone que en la antigüedad clásica grecorromana, que fue la primera cultura que analizó y teorizó sobre el arte, tenía la comprensión del arte más como una destreza y características habilidosas que supusiesen un aprendizaje y una evolución técnica. Sin embargo, la literatura no se consideraba perteneciente al arte al provenir más desde la inspiración. De este modo, Aristóteles, por ejemplo, definió el arte como aquella *permanente disposición a producir cosas de un modo racional*, y Quintiliano estableció que era aquello *que está basado en un método y un orden*. Platón, en el *Protágoras*, habló del arte, opinando que es *la capacidad de hacer cosas por medio de la inteligencia, a través de un aprendizaje*. Para Platón, el arte tiene un sentido general, *“es la capacidad creadora del ser humano”*. Casiodoro destacó en el arte su aspecto productivo, conforme a reglas, señalando tres objetivos principales del arte: enseñar (*doceat*), conmover (*moveat*) y complacer (*delectet*).

Como no podría ser de otro modo, definir el arte resulta muy difícil; es un concepto abierto, subjetivo, multidimensional, discutible en su propia denominación. No existe un acuerdo en su definición, ni en la historia ni entre los diferentes expertos, bien sean filósofos, artistas, historiadores. A lo largo del tiempo se han dado numerosas definiciones de arte, entre ellas:

¹⁷¹ <http://www.almendron.com/artehistoria/arte/>

el arte es el recto ordenamiento de la razón (Tomás de Aquino)
el arte es aquello que establece su propia regla» (Schiller)
el arte es el estilo» (Max Dvořák)
el arte es expresión de la sociedad» (John Ruskin)
el arte es la libertad del genio» (Adolf Loos)
el arte es la idea» (Marcel Duchamp)
el arte es la novedad» (Jean Dubuffet)
el arte es la acción, la vida» (Joseph Beuys)
arte es todo aquello que los hombres llaman arte» (Dino Formaggio)
arte es vida, vida es arte» (Wolf Vostell).

El concepto ha ido variando con el paso del tiempo: hasta el Renacimiento, arte sólo se consideraban las artes liberales; la arquitectura, la escultura y la pintura eran “manualidades”.

Artes liberales¹⁷² es la expresión de un concepto medieval, heredado de la antigüedad clásica, que hace referencia a las artes (disciplinas académicas, oficios o profesiones) cultivadas por hombres libres; por oposición a las artes serviles (oficios viles y mecánicos), propias de los siervos o esclavos. Como "*artes liberales*" se designaban en los *studia generalia* y la universidad medieval a los estudios que tenían como propósito acceder a las destrezas intelectuales especulativas, y los conocimientos "*generales*" y "*universales*", antes que a destrezas prácticas y concretas de ocupaciones especializadas. A partir del Renacimiento, la consideración humanista de ciertas artes obviamente "manuales" como sublimes, llevó a los artistas y tratadistas de arte a esforzarse (con fuerte oposición) por definir las como bellas artes o artes mayores, reservando para otras, menos prestigiosas (las artesanías), las denominaciones de artes decorativas o artes menores.

Las Artes Liberales, las clasifican en siete modalidades¹⁷³ y aparece en una obra del escritor latino Martianus Capella (*Satyricon* o *De Nuptiis Philologiae et Mercurii et de septem Artibus liberalibus libri novem*, entre 410 y 429). En la segunda mitad del siglo VI,

¹⁷²http://es.wikipedia.org/wiki/Artes_liberales

¹⁷³lbdm

Casiodoro procuró cristianizarlas y sistematizarlas como un cuerpo enciclopédico de conocimientos en sus *Institutiones saecularium litterarum*. Su uso en las escuelas monásticas y catedralicias de la Alta Edad Media generalizaron el concepto, que se fijó particularmente a finales del siglo VIII, cuando *Trivium et Quadrivium* se adoptaron como *currículum* educativo por Alcuino de York para la Escuela Palatina de Aquisgrán. Así, se dividían los dos grupos de estudios:

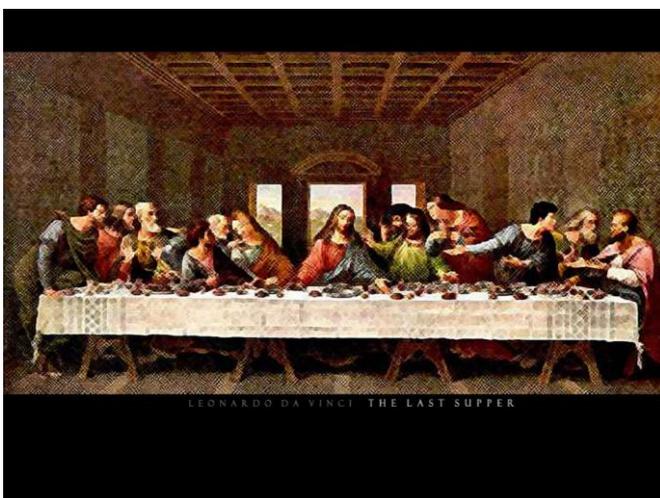
- Trivium significa en latín "tres vías o caminos"; agrupaba las disciplinas relacionadas con la elocuencia, según la máxima *Gram. loquitur, Dia. vera docet, Rhet. verba colorat* ("la gramática ayuda a hablar, la dialéctica ayuda a buscar la verdad, la retórica colorea las palabras). Así comprendían la **gramática** (*lingua* -"la lengua"-), **dialéctica** (*ratio* -"la razón"-) y **retórica** (*tropus* "las figuras").
- Quadrivium significa "cuatro caminos"; agrupaba las disciplinas relacionadas con las matemáticas, según la máxima *Ar. numerat, Geo. ponderat, As. colit astra, Mus. canit*. ("la aritmética numera, la geometría pondera, la astronomía cultiva los astros, la música canta"); **Arquitas** (428 a. C. - 347 a. C.) sostuvo que la matemática estaba constituida por tales disciplinas también. Se estudiaba así la **aritmética** (*numerus* -"los números"-), **geometría** (*angulus* -"los ángulos"-), **astronomía** (*astra* -"los astros"-) y **música** (*tonus* "los cantos").

8.2.1.3 Evolución de la expresividad artística

En la historia de la estética en occidente se pueden distinguir tres teorías distintas sobre la relación del arte y las emociones. Se considera que en el arte, desde el punto de vista de la comunicación, se pueden distinguir tres funciones:

- ❖ *La función de los síntomas, manifestación del estado anímico.*
- ❖ *Despertar emociones a través de signos visuales o acústicos.*
- ❖ *Utilizar las señales para representar o describir estados emotivos.*

La evolución del arte ha transcurrido desde distintos modos de ubicar el papel del arte en la sociedad. En la antigüedad clásica, se dió una visión más interpretativa del artista sobre la realidad. Encontramos a Platón con su "*Diálogo sobre la música y las emociones*", o Aristóteles, promoviendo que no es necesario que el artista sienta las mismas emociones que el espectador y sosteniendo que el arte tiene una función dirigida y el artista es un trabajador para ello.



La última cena. Leonardo Da Vinci

Es a finales del siglo XVIII, en Alemania, en el movimiento denominado denominado *Sturm und Drang*, cuando triunfa la idea de que el arte debe surgir espontáneamente del individuo. Arthur Schopenhauer (2005) dedicó el tercer libro de *El mundo como voluntad y representación* a la teoría del arte:

El arte es una vía para escapar del estado de infelicidad propio del hombre. El arte es la reconciliación entre voluntad y conciencia, entre objeto y sujeto, alcanzando un estado de contemplación, de felicidad. La conciencia estética es un estado de contemplación desinteresada, donde las cosas se muestran en su pureza más profunda. El arte habla en el idioma de la intuición, no de la reflexión; es complementario de la filosofía, la ética y la religión. Influido por la filosofía oriental, Schopenhauer manifestó que el hombre debe liberarse de la voluntad de vivir, del 'querer', que es origen de insatisfacción. El arte es una forma de librarse de la voluntad, de ir más allá del 'yo'. Identificó conocimiento con creación artística, que es la forma más profunda de conocimiento.

En uno de los pasajes de su *Tratado de la Pintura*, Leonardo da Vinci (1956) señala que el buen pintor tiene que saber representar dos cosas: al hombre y a su mente. Lo primero – afirma – es fácil; lo segundo, difícil; ya que la mente sólo puede llegar a representarse por medio de signos externos, como los gestos o los movimientos. Leonardo aconseja al aprendiz de artista que estudie esos movimientos constantemente en la vida real, y que tome nota de ellos en su libro de bocetos. Incluso se atreve a sugerir que el artista debería prestar una atención especial a los gestos que utilizan los sordomudos, ya que tienen que comunicarse sólo con movimientos. Leonardo confiaba en que el espectador de las pinturas quedara prendido de las emociones pertinentes; o –citando sus propias palabras– *si la pintura narrativa representa terror, miedo, evasión, pena y lamento, o placer, alegría, risa o cosas similares, las mentes de aquellos que las observan deben conmoverse del mismo modo que lo harían si se encontraran en una situación idéntica a la representada en la pintura”*.

Hasta la primera mitad del siglo XVIII, se comprende el arte desde la realidad social y cultural y los simbolismos que conlleva. Este modo de comprender el arte, tomará otros derroteros a partir del romanticismo, priorizando mucho más los sentimientos que el artista pueda tener y su reflejo en la obra. Se utiliza una metáfora para describir al artista, y dice que *“el arte era como un espejo, que mientras más nítido sea, mejor realizará su trabajo, pero ahora se observa al arte y al artista como una lámpara, que no refleja, pero si ilumina, que sirve como guía”*.



El caminante sobre el mar de nubes, C. D. Friedrich,
Representación arquetípica de lo sublimeroomántico



La pesadilla, de Johann Heinrich Füssli. Los románticos se sentían atraídos por el terror, lo nocturno, lo demoníaco.

No resulta fácil entender en este momento como antes no se daba importancia a los sentimientos del artista o incluso, si algo así aparecía en sus obras, tildarlo de manipulación de sus expresiones emocionales. Ahora, se priorizaba la sinceridad y se superponía por primera vez los sentimientos del artista sobre la estética final.

Este movimiento romántico da lugar a la tomar el arte como una expresión y transmisión de sentimientos. De lo que el artista se encarga ahora es de transmitir lo que puede sentir. El poeta alemán Friedrich von Schiller, expuso estas ideas en una carta dirigida a Goethe: *yo considero poeta a todo aquel que sea capaz de expresar su estado emotivo en una obra, de tal forma que dicha obra suscite en mí un idéntico estado emotivo.*

Como estamos viendo, esta teoría de la expresión entiende *el arte como una comunicación de emociones*: la transmisión de sentimientos entre un sujeto y otro. Esta nueva teoría de la comunicación fue aplicada no sólo a la expresión de sentimientos en la poesía, sino también a todas las artes. Varios artistas¹⁷⁴ lo definen de modo parecido entre ellos: el gran pintor paisajista inglés, John Constable lo explicó de forma sucinta cuando afirmó: *la pintura es para mí otra de forma de denominar la palabra sentimiento*; y Delacroix, el paladín de la concepción romántica de la pintura, escribió: *la pintura no es otra cosa que un puente tendido entre la mente del artista y la del espectador; la fría perfección no es arte.* Lo realmente importante -tal como había escrito Delacroix años antes- es que cada pintor expresase su alma; *si uno cultiva su alma, ésta encontrará los medios para expresarse.* Y, en la siguiente generación, Zola escribiría: *lo que yo busco en una pintura es un hombre, y no un cuadro.*



Fuente, de Marcel Duchamp. El siglo XX supone una pérdida del concepto de belleza clásica para conseguir un mayor efecto en el diálogo artista-espectador.

¹⁷⁴Cuatro teorías sobre la expresión artística. Sir Ernst H. Gombrich, recuperado de <http://www3.uva.es/ega/wp-content/uploads/teorias-de-la-expresion-ega.pdf>

El siglo XX ha supuesto, según Gombrich (1997), una radical transformación del concepto de arte:

La superación de las ideas racionalistas de la Ilustración y el paso a conceptos más subjetivos e individuales, suponen un cambio radical en el concepto de realidad que fue cuestionado por las nuevas teorías científicas: la subjetividad del tiempo de Bergson, la relatividad de Einstein, la mecánica cuántica, etc. Por otro lado, las nuevas tecnologías hacen que el arte cambie de función, ya que la fotografía y el cine ya se encargan de plasmar la realidad. Todos estos factores producen la génesis del arte abstracto, el artista ya no intenta reflejar la realidad, sino su mundo interior, expresar sus sentimientos. El arte actual tiene oscilaciones continuas del gusto y de lo que se considera arte.

Representante del pragmatismo, John Dewey (1934), en *Arte como experiencia* (1934), definió el arte como *culminación de la naturaleza*, defendiendo que la base de la estética es la experiencia sensorial. La actividad artística es una consecuencia más de la actividad natural del ser humano, cuya forma organizativa depende de los condicionamientos ambientales en que se desenvuelve. Así, el arte es *expresión*, donde fines y medios se fusionan en una experiencia agradable. Para Dewey, el arte, como cualquier actividad humana, implica iniciativa y creatividad, así como una interacción entre sujeto y objeto, entre el hombre y las condiciones materiales en las que desarrolla su labor.

8.2.1.4 El Surrealismo como precursor del Arteterapia

Tiene su origen en Francia, ligado al mundo literario, un poco antes del siglo XX, siendo el reconocido poeta André Bretón su ideólogo, aunque el término “surrealismo” se le debe a Apollinaire en 1917.

Otro artista de gran influencia fue Max Ernst, quien en 1934, publica “**Qué es el surrealismo**”. Ernst teoriza sobre los pintores surrealistas definiéndolos como personajes que exploran con libertad, tanto en el plano de lo físico como de lo psíquico, elevándoles así del plano de la mera producción de fantasías. Es muy conocedor del psicoanálisis y

aprovecha ese saber para analizar su personalidad y realizar obras pictóricas que puedan ser interpretados por cada espectador, desplazando así los criterios de la razón que vendrían a entorpecer los procesos de creación. Es desde esa consideración que realiza sus trabajos posibilitando la interrelación entre sus temas imaginarios y la técnica artística.

El movimiento Surrealista toma su sentido en la creencia de otra realidad y el dinamismo de la asociación libre. Para ello, propuso trabajar rompiendo las leyes de la razón y de la lógica, de modo que el subconsciente no sea dominado por el mundo de la razón.

Coincidiendo con el Dadaísmo, confluyó en la importancia del azar, la espontaneidad y la rebeldía como elementos clave para dinamizar lo interno, pero estaba en contra de la inercia de la negatividad y destructividad que se desprendía de ese movimiento. Obviamente, más adelante se alimentaba en la teoría del inconsciente, la imaginación y la escritura automática.



A. Massón. La metamorfosis de los amantes, (1938).



Joan Miró. La Noche (1945)

En el desarrollo del Surrealismo, Carolina Costas (2008)¹⁷⁵ argumenta que se concretaron dos modos de hacer arte¹⁷⁶:

- Una que defendía el automatismo, donde se encontraban los surrealistas abstractos como Joan Miró y André Masson, quienes creaban universos figurativos propios. En el automatismo las ideas y las asociaciones de

¹⁷⁵ Carolina Costas. 2008, Características del Surrealismo. <http://historialdedisenio.wordpress.com/2008/08/04/caracteristicas-del-surrealismo/>

imágenes, surgen de manera rápida, espontánea, fluida, sin hacer caso para nada de la coherencia y el sentido.

- Y otra que creía que la figuración naturalista podía ser un recurso igual de válido.

Donde los surrealistas figurativos como Salvador Dalí, René Magritte, Paul Delvaux, Estéfano Viu o Yves Tanguy, se interesaban por los sueños y el realismo mágico.



R. Magritte.
Esto no es una pipa

Max Ernst y Pablo Alonso Herraiz trabajarán en los dos modos de manera simultánea.



Max Ernst El ángel del hogar 1937

Podemos decir que, dentro del mundo del arte, la corriente cultural de vanguardia de mayor influencia fue el Surrealismo, debido fundamentalmente, a las aportaciones a todas las artes y su desarrollo cultural. Destacamos aquí la frase de Tristán Tzara: "*El surrealismo salió de las cenizas del dadaísmo*". Como sabemos, un planteamiento fundamental del *dadaísmo* era la destrucción del arte; en su intención de crear de un modo puro, auténtico, el *dadaísmo* planteaba modos de acción que no estuviesen determinados por la tradición cultural. Las expresiones dadaístas tomaban su importancia del lado de lo absurdo y por su falta de compromiso con la realidad cultural.

En 1922, André Breton (1987)¹⁷⁷ realiza sesiones de escritura automática y experimenta con el sueño hipnótico provocado, cuyo análisis escribe en el texto "Entrée des Médiams" (1992) donde delimita que estas actividades, caracterizadas por la falta de control racional, tienen como objetivo la exploración del inconsciente. Breton se desmarca de la filosofía espiritista, de la que solo reconoce la utilización de la mecánica automática: «*Ni qué decir tiene, que en ningún momento, desde el día en que nos entregamos a tales experiencias, hemos adoptado el punto de vista espiritista. En lo que a mí concierne, me niego formalmente a admitir que pueda existir cualquier tipo de comunicación entre los vivos y los muertos*»

La creación artística ayuda a alejar el «miedo a la muerte» o recrear lo que se ha muerto, es decir, que *la tarea del creador sería la recreación (a través de su producto) del sentimiento de muerte consciente o inconsciente [...] Esto hará después impacto en el espectador, quien participará, identificándose con el creador, de esos mismos mecanismos. La obra también le transmite un carácter de vivencia estética o de "placer" por el hecho de que resuelve ansiedades muy profundas ligadas a la muerte* (Pichón-Rivière¹⁷⁸, 1978) o bien en un factor de desarrollo personal como trabajo terapéutico.

En 1928, André Bretón escribió "El surrealismo y la pintura". Breton tiene especial interés y motivación personal por relacionar la teoría del inconsciente con la realidad; de ese modo, propone trabajar el arte a través de la asociación libre, al margen de la razón y de la consciencia. Eligiendo como método el automatismo, André Bretón, que había sido un ferviente partidario del dadaísmo, en el "Congreso Internacional para la Determinación de las Direcciones y la Defensa del Espíritu Moderno" rompe prácticamente con Tzara por tener diferentes opiniones sobre lo que debía ser el arte. Bretón participa con el dadaísmo su espíritu crítico contra la sociedad burguesa, contra sus instituciones y su moral, sin embargo, él buscará hacer la crítica desde una posición teórica más clara en la que influyó el psicoanálisis. Esta influencia va a explicar la evolución, la tensión y las variaciones en las posiciones de los diferentes artistas que asumieron el surrealismo como una corriente

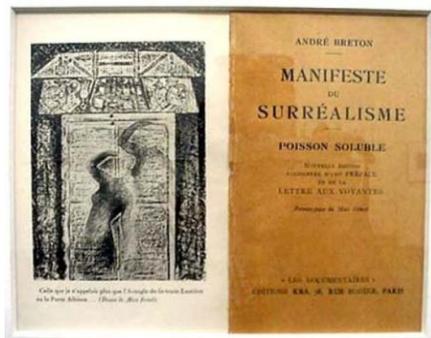
¹⁷⁷ BRETON, A.: (1987) *Los pasos perdidos* (1927), Madrid, Alianza, p. 115

¹⁷⁸ Pichón Riviere, Enrique, (1978). *Del psicoanálisis a la psicología social. El proceso creador*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.

estética e, incluso, como una forma global de ver el mundo, es decir, como una cosmovisión.

André Bretón en el Primer Manifiesto Surrealista¹⁷⁹ de 1924, define lo que entiende como Surrealismo:

... sustantivo, masculino; automatismo psíquico puro por cuyo nombre se intenta expresar, verbalmente, por escrito o de cualquier otro modo, el funcionamiento real del pensamiento. Es un dictado del pensamiento, sin la intervención reguladora de la razón, ajeno a toda preocupación estética o moral..... El surrealismo se basa en la creencia en la realidad superior de ciertas formas de asociación desdeñadas hasta la aparición del mismo, y en libre ejercicio del pensamiento. Tiende a destruir definitivamente todos los restantes mecanismos psíquicos, y a sustituirlos en la resolución de los principales problemas de la vida.



Manifiesto Surrealista de André Breton

En ese mismo Primer Manifiesto, Bretón señala: *Creo en la futura armonización de estos dos estados, aparentemente tan contradictorios, que son el sueño y la realidad, en una especie de realidad absoluta, en una sobrerrealidad o surrealidad, si así se le puede llamar.*

En ese mismo documento¹⁸⁰, señala una opinión sobre "lo maravilloso" que se ha hecho famosa y que ayuda a entender al Surrealismo: *en la presente ocasión, he escrito con el propósito de hacer justicia a lo maravilloso, de situar en su justo contexto ese odio hacia lo*

¹⁷⁹ André Breton, (1988), *Primer Manifiesto del Surrealismo* (1924), en Arturo Ramoneda, "Antología de la Literatura Española del siglo XX" SGEL, Madrid.

¹⁸⁰ lbdm

maravilloso que ciertos hombres padecen, este ridículo que algunos pretenden atribuir a lo maravilloso. Digámoslo claramente: lo maravilloso es siempre bello, todo lo maravilloso, sea lo que fuere, es bello, e incluso debemos decir que solamente lo maravilloso es bello.

La concepción de Bretón a cerca del Surrealismo, va a ser muy innovadora y con una consecuencia muy importante para el futuro del Arte. Bretón apuesta por traer lo psíquico a la obra, dando toda la importancia a la visibilidad del inconsciente y su expresión a través del arte sin otras mediaciones. En este sentido, esta visión del arte tiene que ver con el arte primitivo, visionario y psicopatológico.

En 1930, Bretón publica el Segundo Manifiesto Surrealista¹⁸¹ donde señala: *...el surrealismo pretendía ante todo provocar, en lo intelectual y en lo moral, una crisis de conciencia del tipo más general y grave posible...* Después insiste en la conjunción de polos opuestos: *todo induce a creer que, en el espíritu humano, existe un cierto punto desde el que la vida y la muerte, lo real y lo imaginario, el pasado y el futuro, lo comunicable y lo incomunicable, lo alto y lo bajo, dejan de ser vistos como contradicciones. De nada servirá hallar en la actividad surrealista, un móvil que no sea el de la esperanza de hallar este punto.*

Aportes del Surrealismo

El aporte del surrealismo se puede apreciar fundamentalmente en tres aspectos¹⁸²:

- *Fue capaz de crear un lenguaje poético donde predominan imágenes de gran plasticidad. Estas metáforas e imágenes van a influir en toda la poesía del siglo XX. Neruda, Alexandre, Alberti, García Lorca, Luis Cernuda, etc. Son muchos los poetas que nunca hicieron suyos los planteamientos estéticos, políticos y filosóficos del surrealismo, pero en sus poemas encontramos metáforas claramente surrealistas.*

¹⁸¹ André Breton,(1988). Segundo *Manifiesto del Surrealismo* (1930), en Arturo Ramoneda, "Antología de la Literatura Española del siglo XX", SGEL, Madrid.

¹⁸² U l l o a S á n c h e z, Osvaldo. *Surrealismo. Sólo lo maravilloso es bello*. Recuperado de http://www.poesias.cl/reportaje_surrealismo.htm

- *Ayudó a redescubrir la fantasía y la imaginación como territorios importantes de poetizar y como fuentes de las cuales nutrir el arte.*
- *Aportó a la revalorización de poetas como los simbolistas y Lautremond.*

Dentro del movimiento surrealista, brilla con luz propia Max Ernst, por su aportación definitiva en la creación y sistematización de procedimientos de abordaje de la imagen inconsciente tales como el collage, los sobrepintados, el frottage, el grattage, el dripping; exploró también la decalcomanía, todos ellos tan utilizados en arteterapia. Max Ernst¹⁸³ define con elocuencia teórica su técnica del collage: *La técnica del collages, la explotación sistemática de la coincidencia casual, o artificialmente provocada, de dos o más realidades de diferente naturaleza sobre un plano en apariencia inapropiado... y el chispazo de la poesía, que salta al producirse el acercamiento de esas realidades.* La invención del collage pone al espectador ante una revelación; una mirada sobre lo ya visto, asociada a una nueva experiencia perceptual, producida por la combinación fortuita de realidades. La utilización de ilustraciones de catálogos educativos, técnicos y científicos son utilizadas fragmentariamente, unidas de modo imperceptible por el espectador, configuran obras de sentido poético y enigmático.

¹⁸³ Max Ernst citado en HUGHES, R.: (2000) *El impacto de lo nuevo. El arte del siglo XX*, p. 222. Barcelona, Galaxia.

Algunos Poemas Surrealistas

MUNDO

En el salón de madame des Ricichets
Los espejos son semillas de rocío prensadas
La consola está hecha de un brazo entre yedra
Y la alfombra muere lo mismo que las olas
En el salón de madame de Ricochets
El té de luna se sirve en huevos de chotacabras
Las cortinas adulan el deshielo de las nieves
Y el piano de perspectiva perdida ensombrece en un
bloqueentre el nácar
En el salón de madame des Ricochets
Lámparas vulgares bajo hojas de álamo
Inquietan a la chimenea de escamas de armadillo
Cuando madame des Ricochets llama
Las puertas se rajan para dar paso a las criadas en
columpios.

André Bretón



PARA HACER UN POEMA DADAISTA TRISTAN TZARA

COJA UN PERIÓDICO.

COJA UNAS TIJERAS.

ESCOJA EN EL PERIÓDICO UN ARTÍCULO QUE TENGA LA LONGITUD QUE PIENSA DARLE A SU POEMA.

RECORTE EL ARTÍCULO.

RECORTE A CONTINUACIÓN CON CUIDADO CADA UNA DE LAS PALABRAS QUE FORMAN ESE ARTÍCULO Y MÉTALAS EN UNA BOLSA.

AGÍTELA SUAVEMENTE.

SAQUE A CONTINUACIÓN CADA RECORTE UNO TRAS OTRO.

COPIE CONCIENZUDAMENTE EL POEMA EN EL ORDEN EN QUE LOS RECORTES HAYAN SALIDO DE LA BOLSA.

EL POEMA SE PARECERÁ A USTED.

Y USTED ES «UN ESCRITOR INFINITAMENTE ORIGINAL Y DE UNA SENSIBILIDAD HECHIZANTE, AUNQUE INCOMPRENDIDO POR EL VULGO»

A L'ANTIPHILLOSOPHE.

LITTÉRATURE, Nº 15 JULIO-AGOSTO DE 192

PALABRA A MANTE

LA BREVE ESCALADA

Pasa una nubearrodillada

Ante las palabras que son la luna

(Los cuernos de la giraventana)

He perdido un cafelino

...No nada de crecimientos del monte

Lo que era spacetoria

Se hace moscandado

Para la acción enteramente nueva

He aquí el vidriero sobre el postigo

En la lengua totémica Mattatucantárida

Mattalismanzanillo.

LA PUERTA GOLPEA

La puer puer puerta puer

La ven ta na

Sobre el aroma amargo de la limadura errante

Que me recuerda a Mylady de Winter

Leyendo su truzave detrás de los losanges de la lluvia

Bripánico-bipánico el suelo es tan viejo

Que a través de él se ve el fuego de la tierra

Todas las damas en su comicorredor

Como las golondrinas

Sobre los hilos en donde toco las gotas

De un instrumento desconocido

Oumiblisetista

En el corazón de ese nudo de serpientes

Que es la cruz sus cuatro hocicos suspendidos de las
urbescardinales.

André Bretón

El Surrealismo, en palabras de Michel Carrouges, (2008)¹⁸⁴ sobre André Breton, afirma que se trataba de un arte nuevo, cuya característica principal es la indagación en lo más profundo del ser humano; decía que lo más destacable de este modo de pintura es la importancia que se le da a lo irracional e inconsciente.

De este modo, en el Surrealismo, toma un papel primordial el mundo de los sueños y de los fenómenos inconscientes que se ponen de relieve en la pintura, en literatura, escultura, cine, etc. La cuestión era pensar cada momento de la realidad desde un plano distinto, descomponiéndolo y volviendo a componerlos desde una óptica diferente, bien sea la del escritor, pintor o escultor. De ello se deriva que cada obra de arte realizada, pudiese responder a una verdadera catarsis de la personalidad de su autor. Por ello, cada obra responde a la singularidad de su autor, tiene el carácter de única y podríamos decir que es una verdadera manifestación del inconsciente de su autor.

La influencia del psicoanálisis y la técnica de la Asociación Libre, inspiraron el modo de hacer y propició la técnica del automatismo. De este modo, se trataba de que el poeta escribiese las palabras, sentimientos o pensamientos que le venían a su mente sin importar el orden ni la rima de las líneas, dando la importancia a lo que su imaginación hacía brotar. Pues bien, el Surrealismo tenía como metodología proponer es misma técnica, a saber, proponer al pintor que mire el lienzo en blanco y que se dejase llevar por todo el potencial de su imaginación.

André Breton, como gran pensador y creador, sensible y receptivo a lo social, crítico con la situación histórica de postguerra y comprometido con la cultura, usa del arte para conocer lo más profundo del ser humano, así como para promover conciencia y cambio social. En esa línea, le sedujo mucho el Psicoanálisis y toda la teoría revolucionaria que estaba desarrollando Sigmund Freud. Lo que más le interesaba a André Breton fue que el Psicoanálisis ponía en valor toda el trasfondo emocional del sujeto. La técnica de la Asociación Libre le llevó a entender que la palabra discurre

¹⁸⁴ Carrouges, Michel, (2008). *André Breton y los datos fundamentales del surrealismo*. Ed. Gens, S.L

tan rápida como el pensamiento así como que las fantasías y asociaciones verbales también pueden ser métodos de creación artística.

Fue el alma humana el gran interés del Surrealismo. Ante tanta influencia del movimiento dadaísta en la destructividad y la fantasía, el Surrealismo marcó su interés en llegar a lo más profundo de la vida emocional y expresiva del sujeto.

Así, Breton decía en su Primer Manifiesto (1924): "*Creo en el encuentro futuro de esos dos estados en apariencia tan contradictorios como lo son el sueño y la realidad, en una especie de real absoluta, la surrealista*". Con otras palabras, quería evidenciar que lo inconsciente mostraba una realidad tan real como la realidad cotidiana y que era preciso hacerla manifiesta. Podríamos resumir que este era el mensaje del Surrealismo.

8.2.1.5 El arte conceptual: la idea más que la obra

Con el arte conceptual, a partir de los años sesenta, entre cuyos representantes se puede nombrar al artista norteamericano *Joseph Kosuth*, culmina el proceso de desmaterialización del objeto artístico¹⁸⁵: *lo importante de ahora en adelante, no será la obra como copia fiel de la realidad, sino como medio de expresión, como proceso de revelación de entidades del pensamiento, del razonamiento y del sentir. De esta manera, la concepción de la obra de arte, tal y como era definida anteriormente, desaparece.*

En el arte conceptual, lo que prevalece no es tanto la realización de la obra y su proceso, sino la idea o concepto otorgando más importancia a la dimensión asociativa que al mismo proceso de elaboración o su resultado final. En palabras de *Cirlot* (1986), *la "verdadera" obra de arte no es el objeto físico producido por*

¹⁸⁵ Vázquez Rocca, Adolfo. *Arte conceptual y postconceptual; la idea como arte: Duchamp, Beuys, y Cage Fluxus*. Universidad Andrés Bello – Universidad Complutense de Madrid. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* | 37 (2013.1)

¹⁸⁶ *Cirlot, J. E. (1986), El mundo del objeto a la luz del surrealismo*, Ed. Anthropos, Barcelona, p. 82.

el artista, sino que consiste en "conceptos" e "ideas". Con un fuerte componente heredado de los "ready made" de Marcel Duchamp.

El arte conceptual es, pues, un arte crítico y corrosivo, pone énfasis en lo mental, en la ideación de las obras, relegando en importancia su realización material o sensible. Se puede definir como una forma de expresión que intenta evitar el estímulo óptico a favor de los procesos intelectuales que el público es invitado a compartir con el artista. Para ello, esta disciplina artística se fija en los ambientes cromáticos, en los luminosos, y en las variaciones sobre la naturaleza¹⁸⁷.

Este arte, que tiene como antecedente el dadaísmo -el primer movimiento que desmitificó totalmente el arte- y el minimalismo, tiene varias manifestaciones:

- **Happening.** Del inglés "suceso o acontecimiento", designa una manifestación en la que el autor pretende implicar al espectador usando elementos que no le dejen indiferente.
- **Body Art.** Nacido a finales de los sesenta, el artista investiga su propio cuerpo como materia de arte y medio expresivo. Van desde acciones que rozan el sadomasoquismo hasta esculturas vivientes.
- **Land Art.** El 'arte de la tierra' construye arte con la naturaleza, de una forma ecológica que busca criticar los daños que el hombre causa al entorno natural.
- **Arte Povera:** Es un arte anticomercial, pobre, precario y antiformal, realizado con materiales desnudos.

Y entre sus más importantes representantes se encuentran artistas como: Joseph Beuys, Joseph Kosuth, Weiner, el grupo inglés Art and Language, Gilbert and George, Dennis Oppenheim, Walter de Maria, Robert Smithson, Jean Dibbets o Richard Long.

¹⁸⁷ Vázquez Rocca, Adolfo. *Arte conceptual y postconceptual; la idea como arte: Duchamp, Beuys, Cage y Fluxus*. Universidad Andrés Bello – Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas | 37 (2013.1)

Junto a este reduccionismo de lo manual, existe en las obras de arte conceptual una hipervaloración del trabajo de arte, como una actividad reflexiva, tanto mental como experiencial. Puede decirse que el arte conceptual no se ha preocupado tanto del cómo, cuanto del qué del arte. En la obra de arte hay un 'qué', un sentido que puede ser interrogado. La obra de arte no sólo se da a ver, sino se da a entender, se ofrece como asunto del pensamiento y esto, en la medida, en que se sustrae al régimen de la visibilidad. De este modo las artes plásticas, mediante el arte del concepto dan un giro importante abandonando las poéticas de índole romántico-idealistas¹⁸⁸.

Nos parece que esta concepción del arte es lo que podemos situar como uno de los fundamentos del Arteterapia. Toda obra del taller de Arteterapia, se sustrae a la mera visibilidad para dar paso a aquello que da a entender pero que no explica sino que aventura.



Uno de los ejemplos tempranos del arte conceptual es **“Una y tres sillas”**, de Joseph Kosuth, artista estadounidense que en 1965 creó una obra que consiste en una silla plegable de madera, una fotografía de una silla y una ampliación fotográfica de la definición de silla

extraída del diccionario. Con ello Kosuth busca que el público conteste en cuál de los tres elementos se encuentra la identidad del objeto: ¿en la cosa misma, en la representación o en la descripción verbal? ¿Puede descubrirse la identidad de la silla en uno, en algunos, en todos, o en ninguno de ellos?

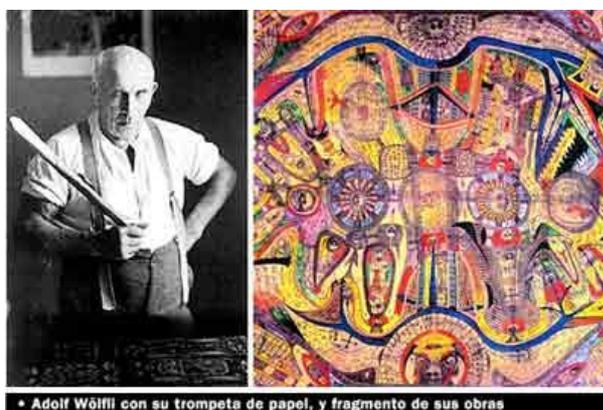
¹⁸⁸ Ibidm

8.2.1.6 Art Brut

En el arte no es la forma, sino la función.

Jacques Lacan

No hay peor ciego que el que no quiere oír



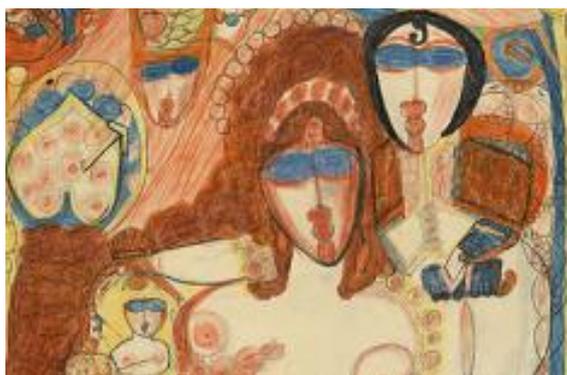
Cuando le pedían que explicara el significado de sus enigmáticos dibujos, **Adolf Wölfli** enrollaba una hoja de papel y tocaba con ella un largo solo de trompeta a ritmo de polka o de mazurka. Para **Wölfli**, sus pinturas podían sonar, o al revés, la música que había en su cabeza coloreaba el papel en el que dibujaba.

La importancia del arte de Dubuffet radica, por ello, en haber sido uno de los primeros artistas modernos en renunciar a los materiales y las técnicas tradicionales.



Jean Dubuffet *Autorretrato II*

El mundo de Aloïse



Internada a los 32 años por esquizofrenia, Aloïse Corbaz (1886-1964) comenzó a escribir y dibujar poco después de ingresar en el hospital. Su exuberante imaginación y su talento la han convertido en una figura emblemática del arte bruto

El “Art Brut”, junto con el surrealismo y el psicoanálisis, fueron los verdaderos precursores del Arteterapia. Sus fundamentos, sus modos de concebir la construcción de lo humano, son el revulsivo para considerar que los medios artísticos son, quizá, el mejor de los medios para el afloramiento y la construcción de lo inconsciente.

El término “Art Brut”, Arte Bruto, fue acuñado por Jean Dubuffet en 1945. El propio Dubuffet se negaba a dar una definición porque pensaba que definir una cosa es como dañarla (entendiendo dañar como limitar, acotar, encapsular), aun así y para justificar la colección en la que estaba trabajando en los últimos años (Colección de Art Brut) lanzó un escrito con el cual intentó definir qué era aquel compendio de obras a las que decidió llamar Art Brut. Lo explicó así¹⁸⁹:

...las producciones de todo tipo... que presentan un carácter espontáneo y muy inventivo así como poco endeudado con el arte al uso y con las frivolidades culturales, y que tengan como autores a personas oscuras y extrañas a los medios profesionales... entendemos como tales a las obras realizadas por personas no afectadas por la cultura artística en las que el mimetismo, al contrario de lo que ocurre con los intelectuales, casi no participan o no la tienen en absoluto, de manera que sus autores obtienen todo de sus propios recursos y no de los tópicos y de las frivolidades del arte

¹⁸⁹ <http://bauhausinformalismo.wordpress.com/arte-bruto-arte-marginal/>

clásico o del que está en moda... la operación artística totalmente pura, en bruto, reinventada... por el autor al sentir sus impulsos... el arte donde se manifiesta la sola función de la inventiva, y no aquellas otras, constantes en el arte cultural, del camaleón, y del mono.

Jean Dubuffet, se dedicó a investigar y recolectar trabajos de individualidad extrema y gran inventiva, realizados por creadores que no solamente eran técnicamente "inexpertos", sino que, a menudo, poco o nada sabían de la existencia de museos de arte, ni tenían contactos con otras formas de expresión artística que no fuera la suya propia. Dubuffet (1975) crea el concepto de "arte bruto"¹⁹⁰ que define como "producciones de toda especie dibujos, pinturas, bordados, modelos, esculturas, etc. o que presentan un carácter espontáneo y fuertemente inventivo, que nada le deben a los patrones culturales del arte, y que tienen por autores a personas oscuras, extrañas a los medios artísticos profesionales". Así, el término **Arte Bruto**, pasó a la historia del arte para designar los trabajos artísticos en estado "crudo", es decir, en estado de pureza relativa a todas aquellas influencias culturales y artísticas.

El arte bruto se opondría así a lo que podríamos llamar "arte cultural". Los sujetos, las técnicas y los sistemas de representación proceden de una invención completamente personal. Si artistas como Gauguin, Picasso o Klee se enfrentaron a la cultura en su terreno para contestar sus normas, los autores de arte bruto tienden más bien a eludirla, buscando todo tipo de argucias para no tener que legitimar sus trabajos frente a los críticos de arte. Los artistas "brut" prefieren el desequilibrio, el exceso, lo inacabado, tal vez como reflejo de una violencia callada e interior¹⁹¹.

"Sabemos que todos tienen la capacidad de crear y que el deseo de creares universal; todas las criaturas son originales en sus formas de percepción, en sus experiencias de vida y en sus

¹⁹⁰ Dubuffet, Jean. (1975). "Escritos sobre arte". Carta a Gaston Chaissac, martes 24 de junio de 1947. Primera Edición. Barcelona, BARRAL EDITORES.

¹⁹¹ La colección Prinzhron: *trazos sobre el bloc mágico*, ACTAR D, 2001

fantasías. La variación de la capacidad creadora dependerá de las oportunidades que tengan para expresarlo”

M^a H. Novaes (1973)

Por otro lado, existen otros términos próximos a la denominación de Art Brut que, en adelante, han pasado a convertirse en sinónimos del ya definido Art Brut, algunos de ellos son los siguientes:

- **Outsider Art.** Término acuñado en 1972 por el investigador de las Artes Roger Cardinal y que da nombre a su obra “Outsider Art”. El Autor traduce al inglés el término acuñado por Dubuffet, Art Brut, por “Outsider Art” siendo este el término más comúnmente aceptado en habla inglesa para referirse a los artistas del Art Brut. El término outsider hace referencia explícita al arte realizado en los márgenes, fuera de las esferas artísticas y museísticas, también se podría traducir como arte marginal. Roger Cardinal (1972), en una carta dirigida a Seymour Rosen, cuenta también cómo fue el proceso de elección y las preocupaciones en encontrar un nombre:

Se han empleado muchas expresiones que aluden a la situación social o mental del creador: arte aislado, arte bravío, arte marginal, arte folclórico, arte visionario, arte inspirado, arte esquizofrénico. Esto parece insatisfactorio, en tanto en cuanto no todos los creadores que queremos admitir entran fácilmente en una categoría social o psicológica. Yo estoy convencido de que el etiquetar las obras de una manera que subraye la excentricidad o rareza de su autor tiende a desviar la atención, del impacto estético a las biografías... Se podría pensar que el factor de importancia central es el de la independencia artística. Y finalmente se lanza a proponer una lista de nombres como: Arte Solo Suyo, Estética Proscrita, Arte

Alineado, Posiciones Anticulturales, el Arte de los Sin Arte, Arte sin Trabas, Arte de Ruptura, Arte Inmediato, Arte Sin Precedentes ni Tradición,: pero ninguno de esos nombres es lo suficientemente incisivo.

El artista “outsider” da lugar a la aparición de un arte que recuerda al arte primitivo, pero que es distinto. Casi todos los artistas “outsider” son personas que no tienen ninguna formación ni artística ni escolar; es más, son casi en su mayoría, personas que provienen hospitales psiquiátricos o ambientes de clases sociales marginales.

Como nos expone Luis Antonio Carpintero Zendejas (2004)¹⁹² en su tesis *podemos definir las obras de los “outsiders” con las tres “s”: soledad, silencio y secreto:*

***Soledad** porque el artista del Art Brut realiza su obra desde la soledad más completa. Sus trabajos son el resultado de su propia introspección. En ella, el artista, en la soledad más absoluta, vierte toda su psique.*

***Silencio.** No hay voces que le distraigan de su camino a la hora de transmitir un mensaje, como si fuera un medium, absorto en su trabajo realiza su obra.*

***Y secreto.** Las obras del artista outsider surgen casi en clandestinidad.*

- **Folk Art Contemporary:** es denominado también en Norteamérica al Art Brut o Outsider Art que se produce actualmente. Podríamos definir el término como arte popular contemporáneo y hace referencia, al igual que el Art Brut, a los artistas marginales y autodidactas cuyo trabajo fue creado de forma aislada. La artista con síndrome de Down Judith Scott se ha definido por los críticos como una representante de este estilo, podríamos entenderlo según esto como sinónimo de Art Brut o Arte outsider.

¹⁹² *Uso de materiales no tradicionales en el proceso creativo artístico: aplicaciones a la enseñanza.* Depto. Expresión Plástica, Fac. BB.AA. UCM. 2004, p.31

❖ **Marginal o Arte Singular.** Los trabajos de estos artistas, generalmente educados a sí mismos, son muy próximos a los de los artistas del Art Brut o artistas Outsiders, al menos en apariencia y en su expresión. Son artistas marginales y sus trabajos se encuentran a medio camino entre la idea principal de arte y los artistas Outsiders. Es decir aunque parten de esferas marginales y no han tenido formación artística su finalidad reside en llegar a estar dentro de estas esferas. Jean Michel Basquiat estaría dentro de los llamados artistas marginales.

Algunos de los artistas más representativos de Art Brut son:

- Adolf Wölfli (1864-1930)
- Joseph Crépin (1875-1948)
- Augustin Lesage (1876-1954))
- Aloïse Corbaz (1886-1964)
- Jean Dubuffet (1901-1985)
- Robert Tatin (1902-1983)
- Gaston Chaissac (1910-1964)
- Ossorio (1916-1990)
- Tarcisio Merati (1934-1995)
- René Chomeaux, llamado Chomo (n. 1924)
- Paul Salvador Oroverde (n. 1960)

En palabras de Eva Mesas (2010)¹⁹³ los orígenes de la Colección Art Brut, hay que situarlos dentro del mundo de los dementes o enfermedad mental, en el ámbito psiquiátrico.

Los primeros psiquiatras interesados en el arte de los enfermos mentales por su valor psicopatológico lo hacían por dos líneas de investigación diferentes:

a. Estudiaban los dibujos y creaciones de los enfermos mentales como un medio de diagnóstico de enfermedades mentales.

¹⁹³ Mesas Escobar, Eva. (2010). *Art Brut. El placer del crear sin tener ni idea*. Master de Arteterapia de la Universidad de Murcia

Con un orden cronológico encontramos los trabajos de Jean Vinchon, de los psiquiatras Tardieu y Simón y de César Lombroso. El Psiquiatra Jean Vinchon, en su obra “El Arte y la Locura” (1924) propone por primera vez la actividad artística en los hospitales.

Gómez Llopis (1876) nos dice que los psiquiatras Tardieu y Simón, fueron los primeros en señalar la existencia de una iconografía de la locura, es decir, se podía diagnosticar una enfermedad mental a partir de unos determinados signos en un dibujo. En la obra “Estudios médicos-legales sobre la locura”(1876) utilizaron por tanto la pintura como medio para atender y diagnosticar al paciente.

En su obra, Gómez Llopis (2005)¹⁹⁴, expone que en esa línea, Prinzhorn (1922) publica “Escultura de los enfermos mentales, una contribución a la Psicología y la Psicopatología de la creación artística” y “Expresiones de la locura o Talento artístico de los enfermos mentales”. Es a partir de las publicaciones de Prinzhorn y siguiendo con los trabajos de los psiquiatras Pierre Janet y André Breton, y su “Manifiesto del surrealismo”, que denunciará la psiquiatría practicada en los manicomios y el encierro de los artistas. Jean Dubuffet (1946) propone su “Prospectus aux amateurs de tout genre”, presentando su trabajo en forma de colección de “art brut”, compuesta por obras de marginados, delincuentes, presos, jubilados, y, sobre todo dementes. En 1950, se celebra en Paris la primera Exposición Internacional de Arte Psicopatológico, con casi 200 obras realizadas por 350 enfermos.

Gómez Llopis¹⁹⁵ nos expone que este interés de la psiquiatría por la expresión artística se caracteriza en estos momentos dos modos de desarrollo:

¹⁹⁴ Gómez Llopis José. 2005, *Psicopatología de la expresión*, recuperado de <http://mayores.uji.es/proyectos/proyectos2005/psicopatologiadexpres.pdf>, p. 5

¹⁹⁵ *Ibdm*, p. 7

Analítico: *el estudio de la psicopatología de la expresión, que analiza los fundamentos del acto creador y sus vínculos con los procesos patológicos.*

Terapéutico: *constituida por los talleres de arte-terapia. Hemos de resaltar que los medios de expresión más naturales son la palabra y a continuación la escritura.*

Sin embargo, continúa siendo la pintura la que "ofrece más que ver". Después del éxito de la exposición, muchos artistas "sanos" se acercaron a las producciones de los dementes representando la locura. La defensa del irracionalismo de los surrealistas aumentó la consideración de este género de arte, que no ha dejado de crecer. Sus trabajos son y han sido un impulso para investigaciones anteriores basadas en los tests proyectivos.

Lombroso, en sus obras *Genio y locura* (1864) y *El hombre delincuente* (1887) determina que ciertos signos hallados tanto en obras artísticas como en dibujos y tatuajes de los locos y criminales son signos patológicos. Considera además que los artistas padecían algún tipo de trastorno psicológico.

b. Estudiaban los dibujos y creaciones de los enfermos mentales como un valor para investigar sobre la relación de la locura y la creatividad o tratamiento terapéutico.

Son aquellos que descartaban que existiera en determinados gestos artísticos un diagnóstico de las enfermedades mentales, pero entendían que la creatividad y la locura podían estar estrechamente relacionadas; ya que el Arte suponía un mecanismo idóneo para liberar los fantasmas del mundo interior, encontramos en primer lugar el descubrimiento del psicoanálisis con los trabajos teóricos de Freud y Jung:

- ❖ Finales de siglo XX y principio del siglo XXI. Con el nacimiento de las teorías de Sigmund Freud y Jung, se descubre la vida anímica del inconsciente con la aplicación del psicoanálisis, que se puede manifestar a través de los dibujos,

los sueños o lapsus lingue... Se realizó psicoanálisis a algunos artistas clásicos a través de su obra como “*Recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci*”, donde intenta descubrir la relación entre la obra plástica y sus conflictos íntimos. Manuales que han servido tanto a psiquiatras, psicólogos e historiadores del arte. Más tarde publica “*El psicoanálisis del Arte*”, donde se presenta por primera vez una explicación teórica de la creación como una forma de sublimación de los conflictos mentales.

- ❖ Jung desarrolló la idea de la producción artística como parte del proceso terapéutico y consideraba que las imágenes arquetípicas eran huellas de las vivencias colectivas de la humanidad y que se manifestaban a través de la creación.

Destacaría aquí lo que nos trae Freud (1913) a cerca del interés del psicoanálisis para la estética¹⁹⁶, y escribe,

El psicoanálisis ha logrado resolver también satisfactoriamente algunos de los problemas enlazados al arte y al artista. Otros escapan por completo a su influjo. Reconoce también en el ejercicio del arte, una actividad encaminada a la mitigación de deseos insatisfechos, y ello, tanto en el mismo artista creador como luego en el espectador de la obra de arte. [...] El artista busca, en primer lugar, su propia liberación, y lo consigue comunicando su obra a aquellos que sufren la insatisfacción de iguales deseos. Presenta realizadas sus fantasías; pero si éstas llegaran a constituirse en una obra de arte, es mediante una transformación que mitiga lo repulsivo de tales deseos, encubre el origen personal de los mismos y ofrece a los demás atractivas primas de placer, atendiéndose a normas estéticas. [...] A título de realidad convencionalmente reconocida, en la cual, y merced a la ilusión artística, pueden los símbolos y los productos sustitutivos provocar afectos reales, forma el arte un dominio intermedio entre la realidad, que nos niega el cumplimiento de nuestros

¹⁹⁶ Freud, Sigmund, 1913. *Múltiple interés del psicoanálisis*, Ed. Hyspamerica. p. 11

deseos, y el mundo de la fantasía, que nos procura su satisfacción, un dominio en el que conservan toda su energía las aspiraciones a la omnipotencia de la Humanidad primitiva.

Freud aquí nos explica cómo la estética sirve al artista para transformar aquello que es rechazable al deseo y también señala que la estética *provoca afectos reales*, tal como nos explica en el Moisés de Miguel Ángel.

En su trabajo de 1914, sobre El «Moisés» de Miguel Ángel¹⁹⁷, propone la idea de que hay algo en determinadas obras de arte que nos toca, que nos captura, que nos silencia, que nos interroga, como si de una fuerza de atracción se tratase:

Y no es que los peritos en arte o los entusiastas no encuentren palabras cuando nos ponderan una de estas obras de arte. Muy al contrario, encuentran incluso demasiado. Pero, generalmente, ante estas creaciones magistrales del artista dice cada uno algo distinto, y nadie algo que resuelva el enigma planteado al admirador ingenuo. Lo que tan poderosamente nos impresiona no puede ser, a mi juicio, más que la intención del artista, en cuanto el mismo ha logrado expresarla en la obra y hacérsola aprehensible. Sé muy bien que no puede tratarse tan sólo de una aprehensión meramente intelectual; ha de ser suscitada también nuevamente en nosotros aquella situación afectiva, aquella constelación psíquica que engendró en el artista la energía impulsora de la creación. Más, ¿por qué no ha de ser posible determinar la intención del artista y expresarla en palabras, como cualquier otro hecho de la vida psíquica? En cuanto a las grandes obras de arte, acaso no puede hacerse sin auxilio del análisis. La obra misma tiene que facilitar este análisis si es la expresión eficiente en nosotros de las intenciones y los impulsos del artista. Y para adivinar tal intención habremos de poder descubrir previamente el sentido y el contenido de lo representado en la obra de arte; esto es, habremos de poderla interpretar. Es pues, posible que una obra de arte precise de interpretación, y que sólo después de la misma pueda

¹⁹⁷ Freud, S. Moisés. Recuperado de: <http://dspace.utalca.cl:8888/bibliotecas/librodot/Moises.pdf>

yo saber por qué he experimentado una impresión tan poderosa. Abrigo incluso la esperanza de que esta impresión no sufrirá minoración alguna, una vez llevado a buen término el análisis.

Es en esta obra en la que Freud va a desarrollar su método de análisis del arte, enfatizando la idea del impacto que la obra puede tener en los espectadores y también la posibilidad de interpretar los afectos analizando el contenido de la obra.

El arte no consigue la satisfacción, produce vacíos, necesita de restos, huellas. Un lugar creado, inventado, nuevo. El arte produce impresiones y expresiones que inciden en la sensibilidad, y posibilitan la emergencia del deseo: eso que es tan íntimo en cada uno de nosotros, y que nos aleja de lo inquietante, de lo siniestro, o al menos, provoca un intento de mantener a distancia el horror de aquello que nos resulta difícil comunicar.

El arte, el proceso creador permite, inaugura, consolida la singularidad. Cualquier creación, venga de lo plástico, un texto, un acorde musical, etc, no es otra cosa que la creación de un nuevo relato subjetivo, un nuevo espacio subjetivo.

8.2.1.7 Precursores de la teoría de arteterapia

La pintura es un idioma más rico que las palabras. El arte se dirige a la mente, y no a los ojos. Siempre ha sido considerada de esta manera por pueblos primitivos, y ellos tienen razón. El arte es un idioma, el instrumento del conocimiento, el instrumento de la comunicación.

Jean Dubuffet

8.2.1.7.1 El ámbito de la educación

En el desarrollo infantil, nos encontramos que todo durante la infancia todos los niños tienen una especial disposición a garabatear, a dibujar. Y es que es necesario para su desarrollo que dibujen y ello por tres razones fundamentales:

- ❖ El dibujar posibilita el desarrollo del proceso de simbolización y, por tanto, del desarrollo intelectual.
- ❖ El dibujar aumenta su potencialidad expresiva y emocional.
- ❖ El dibujar permite un crecimiento de la creatividad.

De este modo, podemos decir que la expresión y la creación son parte intrínseca al desarrollo cognitivo en la infancia. Fomentar su potencialidad expresiva no solo es fundamental sino que es totalmente determinante para su desarrollo integral.

En ese sentido, Ana Hernández¹⁹⁸ (2006) desarrolla la idea de que en realidad, frente a los dibujos, no nos interesaría tanto la interpretación como la posibilidad de transmisión del mundo que niños y jóvenes expresaron a través de sus obras. Dice que nos interesa despertar interrogantes a partir de la aparente posibilidad de narración que nos ofrecen las láminas, pero más allá de las habilidades descriptivas o proyectivas de las obras, éstas no pueden ser entendidas de forma fiable sin tener conocimiento de la familia, del medio en el que se desarrollaron sus pequeñas personalidades.

El volumen donde Piaget (1994)¹⁹⁹ pone de manifiesto la tesis de que el desarrollo de la expresión plástica constituye un proceso de simbolización imprescindible para el desarrollo intelectual del niño, tiene por nombre *La formación del símbolo en el niño* y fue publicado por primera vez en 1959. Plantea que el juego se convierte para el niño en el proceso de simbolización más importante que realiza e incluye la

¹⁹⁸ Hernández Merino, A., Tesis no publicada de Historia de la Arteterapia. Las hebras para hilvanar la vida: el dibujo del dolor. UCM. Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social 79 Vol. 1 (2006) P.93

¹⁹⁹ PIAGET, J. (1994): *La creación del símbolo en el niño*, México: Fondo de Cultura Económica

expresión plástica y la creatividad como un juego más. Piaget concibe que el desarrollo del niño es un proceso continuo de aprendizajes y se ve expuesto a tener que imitar para en ese proceso de incorporar la realidad; en este sentido, conceptualiza la disposición a la imitación como un proceso de inteligencia. Como resumen a la teoría piagetiana sobre la expresión plástica infantil, podemos decir que el autor ha clasificado las diversas formas del pensamiento representativo mediante tres etapas de evolución:

- Imitación.
- Juego simbólico.
- Representación cognoscitiva.

La capacidad de desarrollo intelectual infantil tiene su base en el desarrollo del dibujo y del juego, que son elementos básicos para el desarrollo de simbolización.

De esta manera, compartimos con Read (2008) y sus colegas que el arte infantil no se puede considerar como un fin sino como un medio: *los niños y niñas mediante el dibujo o el modelado, se expresan por medio de un lenguaje que no es el verbal de manera que por estos medios liberan su ansiedad, sus miedos, sus problemas, etc.*

Detrás del dibujar, están toda una serie de operaciones esenciales para la subjetivación, expone Juan Rodado (2006)²⁰⁰, donde el sujeto se apropia de un espacio, el de la hoja de papel, para crear en ella una representación de sí mismo.

Además de utilizar el término arte infantil, Read (2008) establece el término educación artística, el cual proviene del término educación por el arte en su libro de 1969 denominado genéricamente «*Educación por el Arte*». El propósito central de la obra de Read es vivificar la tesis (enunciada por primera vez por Platón en la parte de la República dedicada a la educación) de que el arte debe de ser la base de la educación. «*Mi objetivo será demostrar que la función más importante de la educación concierne a la orientación psicológica y por tal motivo reviste fundamental importancia la educación de la sensibilidad estética²⁰¹».*

²⁰⁰ Coll Espinosa, F.J. (2006), *Arterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos: Dibujar, construir, habitar*. Ed. UMU, P. 297

²⁰¹ Read, H. (1969): *Educación por el arte*, Barcelona: Paidós. p,32

Read pone en relación continua arte y expresión, partiendo de la idea de que el arte es la expresión de los sentimientos del sujeto. Establece como las imágenes son tan importantes como la palabra en la construcción del pensamiento y, desde este punto de vista, la necesidad de alfabetizar visualmente al niño. Pone de manifiesto la importancia de *pensar con imágenes*, en cuanto que la imagen la comprende como un proceso de representación mental. *Percepciones que dan como resultado imágenes, sensaciones que dan como resultado sentimientos, tales son los materiales elementales con los cuales construimos nuestra concepción del mundo y nuestro comportamiento en el mundo. La finalidad de la educación es ayudar al niño en ese proceso de aprendizaje y maduración*²⁰². Read también desarrolla una idea que se repetirá más tarde, la idea de la educación artística como vehículo de globalización: *«El arte es un modo de integración, el modo de integración más natural para los niños. Es el único modo que puede integrar cabalmente la percepción y el sentimiento.....El niño piensa más como el artista que como el lógico. Si el niño aprende a organizar su experiencia mediante el sentido estético, es evidente que la educación debería tener como objetivo reforzar y desarrollar tal sentimiento*²⁰³.

Por lo tanto, Read afirma que los dibujos infantiles no son un intento de representar la realidad:

No está determinado por cánones de realismo visual objetivo, sino por la presión del sentimiento. El niño dibuja lo que entiende, piensa, conoce, no lo que ve. El niño artista emplea simultáneamente para el mismo tema dos estilos distintos de representación: uno para su propia satisfacción personal y otro para satisfacción de los demás. Esta duplicidad, que cabe observar desde la actividad gráfica o plástica del niño, puede explicarse como una distinción entre:

- 1. Lo que el niño hace para satisfacer sus propias necesidades.*
- 2. Lo que hace como gesto social, como signo de simpatía o emulación hacia una persona o personas exteriores.*

²⁰² Ibidem, p, 77

²⁰³ Ibidem, p, 82

La actividad gráfica en el niño puede carecer no sólo de toda actividad representacional, sino, igualmente, de todo instinto imitativo de la realidad.»²⁰⁴

Mientras que Read, basándose en la expresión llegó a la génesis del proceso de desarrollo emocional, Lowenfeld²⁰⁵ *partiendo de la misma base, llegará a la génesis del desarrollo creativo. Las ideas principales que expone pueden reducir en seis puntos:*

- *El propósito de la expresión plástica es desarrollar la creatividad del niño para conseguir que los individuos sean cada vez más creativos a todos los niveles (no sólo a nivel plástico).*
- *En la educación artística, el arte está considerado como un proceso y no como un fin en sí mismo de tal manera que no importa el producto final sino el proceso mismo de creación.*
- *El arte infantil ha de considerarse bajo la idea de que la expresión creadora sólo puede ser comprendida en relación con las etapas de crecimiento.*
- *Los dibujos infantiles no son representaciones objetivas de la realidad, sino expresión plástica de sus sentimientos.*
- *El crecimiento estético consiste en el desarrollo logrado desde lo caótico hasta la organización armoniosa de la expresión, donde se integran completamente el sentimiento, el pensamiento, y la percepción.*

Para el crecimiento de la subjetividad del niño, al hilo de lo anterior, Pablo Juan Maestre²⁰⁶ (2007) nos adentra de la mano, fundamentalmente, de Winnicott y Freud de la necesidad del juego para la vida, pero este no se da sin la presencia satisfactoria de los otros de referencia para el niño; de este modo, nos dice: *ya tenemos dos, el gran juego y el otro, el juego entredós, (el espacio creado por la*

²⁰⁴ *Ibidem*, p, 137

²⁰⁵ López- Bosch, María Acaso, (2000). *Simbolización, expresión y creatividad: tres propuestas sobre la necesidad de desarrollarla expresión plástica infantil*. Arte, Individuo y Sociedad , UCM, p, 52

²⁰⁶ Juan Maestre, P. (2007), "El juego: los orígenes de la creatividad, la creatividad en los orígenes", Pablo J. Juan Maestre. Presentado en el Congreso del Centro Psicoanalítico de Madrid. Menorca..

ilusión de una reunión posible y no incestuosa), el símbolo de la ausencia y el símbolo por presencia, el pensamiento, la palabra y otra cosa que sobrepasa la mera palabra, el mero pensamiento, y que hace más a una experiencia, a una realidad.... El juego, este juego del que hablamos, es entonces inductor de nuevas realidades, creador de nuevos mundos, multiplicador de identidades.... diré con Foucault que el juego no es utopía, sino heterotopia, porque en él se dan los tres tiempos a la vez: pasado, presente y futuro. El juego es lugar, como la transferencia, donde es posible modificar el pasado en el presente para que exista un porvenir.

No se trata aquí de profundizar someramente en la necesidad y terapéutica del juego, pero apostillaría lo que nos trae Ricardo Rodulfo (1999) como una especie de resumen de las teorías psicodinámicas sobre el juego y es que el verdadero constructor e impulsor del psiquismo y que cuando no hay la posibilidad de jugar, el sujeto está abocado al sufrimiento extremo y a la ausencia de vínculos de seguridad suficientes para que se de la confianza en poder ser; nos dice también, que sin el juego no existe el otro de la relación y el sujeteo se ve abocado a la repetición. En sus palabras, se trata del “jugar”, es decir, de expresar, de construir modos de ser, de construir realidad.

Desde ese punto de vista, la expresión artística, tiene una función fundamental en el desarrollo humano: posibilita el desarrollo madurativo y favorece la progresión simbólica e intelectual.

8.2.1.7.2 Ámbito clínico o de salud

Como hemos mencionado anteriormente, el trabajo propiamente terapéutico de las artes plásticas comenzó en el año 1922, con el psiquiatra *Hans Prinzhorn*, quien trabajaba en la *Heidelberg Psychiatric Clinic*. A pesar de su muerte prematura víctima del tifus, Hans Prinzhorn logró influir, involuntariamente, aunque con una fuerza inusitada, la escena vanguardista europea del primer tercio del siglo XX. Su *Bildnerie der Geisteskranken. Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung* (“El arte de los enfermos mentales. Una contribución a la psicología y a la

psicopatología de la creación”), si bien no despertó la ovación de sus colegas psiquiatras, se convertiría en referente y modelo de inspiración para los artistas surrealistas que pululaban en el París de entreguerras.

*Bildneri der Geisteskrankem*²⁰⁷ resulta fascinante en todos los sentidos: atrae poderosamente, embruja, engaña los sentidos, y ofusca la razón. Este volumen de Prinzhorn, cuya educación mixta en historia del arte y psicología imprimirían a su trabajo una huella muy personal, bascula entre la medicina y el arte, entre la psiquiatría y la estética, entre la disección y el caos. La espina dorsal del estudio, lo conforman los miles de trabajos artísticos realizados por enfermos mentales que, retomando el legado cedido por el psiquiatra Emil Kraepelin, Prinzhorn reuniría y analizaría en conjunto durante sus años activos como psiquiatra en Heidelberg.

Prinzhorn incluye, además, una amplia sección titulada “Diez biografías de artistas esquizofrénicos” (Zehn Lebensläufen schizophrener Bilder), en las que analiza su vida y obra, su contexto e influencias, ofreciendo una síntesis perfecta de su método interdisciplinar. Los diez artistas seleccionados de entre los centenares que constituyen la materia prima sobre la que se construye la obra son: Karl Brendel, August Klotz, Peter Moog, August Neter, Johann Knüpfer, Viktor Orth, Hermann Beil, Heinrich Welz, Joseph Sell, y Frank Pohl. Diez nombres, efectivamente, que no han trascendido las apretadas páginas de la obra de Prinzhorn para ocupar masivamente espacios expositivos y portadas de gruesos “coffee table books”, al contrario que Max Ernst o Salvador Dalí, quienes no necesitan presentaciones de ningún tipo.

Y esto nos lleva a un segundo volumen, editado en 2009 por Thomas Röske e Ingrid von Beyme, que reúne una colección de artículos bilingües en inglés-alemán sobre la influencia de la obra de Prinzhorn sobre este *ismo* concreto. “Surrealismo y locura” (*Surrealismus und Wahnsinn/ Surrealism and Madness*), que fue publicado con motivo de la exposición homónima (Heidelberg, 26/11/2009-14/02/2010), pone al

²⁰⁷ Estas obras conforman el fondo Prinzhorn, actualmente constituido en museo con sede en Heidelberg. Para más información, consúltese la página web de la Prinzhorn-Sammlung (Colección Prinzhorn): <http://prinzhorn.ukl-hd.de/>, <http://digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/prinzhorn1922>

desnudo la relación entre las reproducciones de las creaciones de pacientes recogidas en “*El arte de los enfermos mentales*”, por un lado, y las obras de los surrealistas, por otro.

Los surrealistas hicieron uso de cuatro métodos creativos “*propios del enfermo mental*”, a saber: los dibujos automáticos; la combinación de motivos no relacionados entre sí; el método crítico-paranoico propugnado por Dalí²⁰⁸; y el amalgamamiento de figuras. Cuatro métodos de los que los pacientes habrían desarrollado sus creaciones. Este era el interés último de Prinzhorn, que los pacientes representasen su experiencia interior en un espacio y tiempo libre de presiones de cualquier tipo.

Publica el primer estudio detallado de las expresiones visuales de personas internadas, en una publicación titulada “*Expresiones de locura*” (2012) basada en las pinturas de enfermos mentales. Prinzhorn sostiene que la expresión artística de estas personas, emerge de la misma fuente que cualquier otra expresión plástica profesional, clasificándolos en el de expresión, el del juego, el decorativo ornamental, el que marca el ritmo y la regla, el copiado y el de la necesidad de lo simbólico. Valoriza extremadamente la producción realizada por los enfermos, demostrando que una pulsión creadora, una necesidad de expresión instintiva, sobrevive a la desintegración de la personalidad. Señala Prinzhorn que *los pacientes se encuentran en contacto, de manera totalmente irracional, con las más profundas verdades, y muchas veces revelan, inconscientemente, visiones de trascendencia. Reencontramos así, en un contexto diferente, la idea de la existencia de formas de expresión psíquica y de objetos de formas correspondientes que en todos los hombres, en determinadas condiciones, serían casi idénticas, como los procesos fisiológicos.*

²⁰⁸ Éste se basa en los dobles significados visuales de ciertas imágenes. Dalí se remite a los cambios de percepción que se producen durante algunas crisis mentales.

Prinzhorn señala cómo la creatividad sobrevive a la desintegración de la personalidad que producen algunas patologías. Como dice el doctor *Corrons*: “Mientras la pulsión creadora está actuando, la esquizofrenia no se manifiesta”.

El trabajo de Prinzhorn pronto comenzó a tener mucha influencia en artistas como *Alfred Kubin, Paul Klee, Max Ernst, André Breton*.

8.2.1.7.3 Fases de desarrollo

Tomando a Malchiodi (2003)²⁰⁹, se pueden describir tres fases de crecimiento en la profesión de la arteterapia:

1- Fase Inicial

Esta fase se podría situar en la mitad del siglo XX. Se comenzó a definir una disciplina que se manifestaba como diferente a otras profesiones en los ámbitos de la salud y la educación.

El término de "terapia del arte" o "arteterapia" comenzó a ser bastante usado para describir las atenciones expresivas que se estaban utilizando y que generaban evidentes beneficios para sus participantes.

Los precursores por excelencia, universalmente reconocidos por sus contribuciones al desarrollo de "la terapia del arte" durante este periodo, son Margaret Naumburg, Edith Kramer, Hanna Kwiatkowska y Elinor Ulman. Sus teorías todavía siguen utilizándose como argumentos muy válidos.

Margaret Naumburg partía de una concepción psicoanalítica, destacando la importancia del inconsciente en la psicoterapia e incluso en el mundo de la educación. En 1915 fundó el Walden School en la Ciudad de Nueva York, una Escuela progresista, sosteniendo que los niños pueden tener un buen desarrollo y capacidad

²⁰⁹ Cathy A. Malchiodi. *Handbook of Art Therapy*. (2003) The Guilford Press A Division of Guilford Publications, New York,

de aprendizaje si son educados fomentando la expresión. Escribió «Un Método Directo de Educación» donde hizo el borrador de primera aplicación del psicoanálisis a la educación en el EE. UU. 1917. En su ensayo Fernández Añino (1998)²¹⁰ retoma el trabajo de Naumburg y señala que:

En el presente, nuestros métodos de educación han tratado sólo con el consciente o con la superficie de la vida mental del niño. La nueva psicología analítica, sin embargo, ha demostrado que la vida mental inconsciente que es la base de los instintos del niño, juega un papel mayor que el consciente. La nueva psicología ha destapado la verdadera naturaleza del pensamiento primitivo y ha mostrado que todavía se mantiene vivo en el ser mental inconsciente del adulto así como en el niño... Este descubrimiento de las fuentes fundamentales del pensamiento y la acción debe provocar un reajuste ahora en la educación.

Naumburg creía en el arte como una forma de «*discurso simbólico*» básico a toda la educación y se convenció de que «la expresión de arte espontánea también era básica al tratamiento de la psicoterapia». Articula su edificio teórico práctico a partir de varios principios psicoanalíticos:

- a) El arte espontáneo y la proyección provocan la liberación de los conflictos
- b) El trabajo arteterapéutico se desarrolla desde la relación transferencial
- c) La asociación libre es un elemento fundamental
- d) El arteterapeuta no tiene por qué ser un artista.
- e) La subjetividad humana se manifiesta a través de las imágenes.

Familiarizada con las ideas de Freud y Jung, Naumburg concibe su "*orientación dinámica de terapia del arte*", en gran medida, similar a las prácticas psicoanalíticas. La producciones artísticas de los clientes eran vistos como la

²¹⁰ Fernández Añino, M^ª Isabel, (1998) *Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas*. Universidad Complutense de Madrid.

comunicación simbólica del material inconsciente en forma directa, sin censura, y concreta que Naumburg argumentó ayudaría a la resolución de la transferencia. La autora sostiene como principio²¹¹:

...El paciente comienza a proyectar en imágenes lo que no podía expresar con palabras. Tales imágenes pictóricas pueden escapar a la prohibición de la censura de un modo como las palabras no pueden hacerlo. Si esto ocurre, el paciente es confrontado con la evidencia de una imagen de su conflicto en forma de pintura o escultura. Cuando un impulso (o un fantasma etc.) prohibido ha alcanzado tal forma fuera de la psiquis del paciente, éste logra un distanciamiento de su conflicto que a menudo lo capacita para examinar sus problemas con creciente objetividad. El paciente es así ayudado gradualmente a reconocer que sus producciones artísticas pueden ser consideradas como un espejo en que él comienza a develar sus propias motivaciones.

Mientras Naumburg había tomado prestado para su teoría, en gran medida, las técnicas de la práctica psicoanalítica, Kramer tomó un enfoque diferente mediante la adaptación de los conceptos de la personalidad de Freud para explicar el proceso de la terapia del arte. Su "arte como terapia" enfatiza el potencial terapéutico intrínseco en el proceso de la creación artística y el papel central del mecanismo de defensa de la sublimación que se juega en esta experiencia. La obra de Kramer en las escuelas terapéuticas (a diferencia de Naumburg que es más de atención psiquiátrica) permite una aplicación más directa de sus ideas para la educación.

En 1950, Edith Kramer (1968) desde New York, postuló el potencial psicoterapéutico del acto de hacer arte vinculado a la capacidad inherente de todos nosotros para autoexpresarnos. Para ella, la creatividad era la llave del proceso del arteterapia de orientación psicoanalítica e insistía en el proceso artístico, incluía la sublimación, el desplazamiento, la síntesis y la integración de la personalidad.

²¹¹ Ibdm

Una de las pioneras de la sistematización del arte como terapia, fue la norteamericana Edith Kramer. Pública en 1958, su libro *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*, en el que nos ofrece las primeras definiciones y consideraciones de esta “nueva profesión”. Relata la interesante experiencia de rehabilitación, a través del arteterapia, practicada con niños problemáticos de barrios marginales de Nueva York, en un centro educativo de internamiento.

Otra Arteterapeuta importante es Elinor Ulman (EE UU). En 1961 funda *American Journal of Art Therapy*. Esta publicación logra reunir a numerosos arteterapeutas antes aislados y prepara el terreno para una asociación americana. Ésta se consolida en 1969, es la American Art Therapy Association AATA que cuenta hoy con más de 4.000 miembros. La asociación ha tenido mucha influencia en los avances de la profesión, estableciendo los modelos educativos y profesionales y animando investigaciones, actividades, publicaciones, etc. Elinor Ulman (1965) opinaba²¹²:

Mi punto de vista con respecto a la terapia de arte es muy duro y debe continuar significando un rango de actividades que en un extremo empieza a mencionarse la educación por el arte y en el otro extremo del rango se menciona la psicoterapia y con los usos del material visual psicoterapéutico muy estrechamente unidos. Yo me siento esperanzada ante la idea de que esto pueda establecerse como rango de actividades y no una jerarquía de actividades... Para que la terapia de arte pueda existir y realmente crecer como una disciplina independiente, depende de algo que hay dentro de este rango del lado del arte en lugar del lado de la psicoterapia... esta nueva profesión depende para su existencia de los únicos valores que pueden encontrarse en el arte y el arte experimental.

La última de estas cuatro mujeres extraordinarias, Kwiatkowska, hizo sus contribuciones más importantes en las áreas de investigación y terapia de arte de la

²¹² Fernández Añino, M^a Isabel, *Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas*. En **Arte, individuo y sociedad**, 2003, 15, UCM, p,138

familia. Ella reunió a sus experiencias en diversos entornos psiquiátricos en un libro que se convirtió en la base paratrabajar con las familias a través del arte²¹³. Como Kramer, que había huido a Europa en la época de la Segunda Guerra Mundial, se completa la lista de los emigrados pensadores que influyeron el desarrollo de las disciplinas de la salud mental en los Estados Unidos. Ella también fue coautora de un libro corto que ayudó a introducir el campo de la terapia de arte al público en general²¹⁴ (Ulman, Kramer, y Kwiatkowska, 1978).

2- Fase Madurativa

Fueron surgiendo un buen número de publicaciones y desarrollos teóricos de la nueva disciplina del arteterapia entre los años 1970 y 1980: (Betensky, 1973; Landgarten, 1981; Levick, 1983; McNiff, 1981; Rhyne, 1973 /1995; Robbins & Sibley, 1976; Rubin, 1978/1984; Wadeson, 1980).

Hay que destacar que en todas ellas, la teoría psicoanalítica tiene un papel muy influyente. El desarrollo de la teoría fue también enriquecido durante este período con la introducción de dos nuevas revistas: Psicoterapia Arte en el año 1973, llamada Las artes en Psicoterapia después de 1980, y Arte Terapia: Journal of the American Art Therapy Association, en 1983 (Rubin, 1999). El creciente número de publicaciones ayudó inequívocamente al desarrollo de la creciente identidad profesional del terapeuta de arte.

3- Fase de consolidación

Los trabajos teóricos han seguido creciendo a un buen ritmo. La literatura de la terapia del arte sigue creciendo. En 1974, Gantt y Schmal²¹⁵ publicaron una bibliografía de las fuentes relacionadas con el tema de la terapia del arte entre 1940 y 1973 (1.175 artículos, libros y documentos). Rubin²¹⁶ (1999) señala que en ese mismo año sólo había 12 libros escritos por terapeutas de arte, un número que se

²¹³ Kwiatkowska, H. Y. (1978). *Family therapy and evaluation through art*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

²¹⁴ Ulman, E., Kramer, E., & Kwiatkowska, H. Y. (1978). *Art therapy in the United States*. Craftsbury Common, VT: Art Therapy Publications

²¹⁵ Gantt, L., & Schmal, M. S. (1974). *Art therapy: A bibliography*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health

²¹⁶ Rubin, J. A. (1999). *Art therapy: An introduction*. Philadelphia: Brunner/Mazel.

arrastró hasta 19 unos 10 años más tarde. A mediados de la década de 1980 este ritmo comenzó a aumentar por lo que hay ahora más de 100 títulos disponibles.

Como señala M^a Dolores López (2009)²¹⁷ en su tesis, el desarrollo conceptual del arteterapia ha sido excepcional, teniendo en cuenta el poco tiempo habido desde que se comenzase a aplicar el arte considerado como terapia en los sanatorios durante la segunda guerra mundial. López nos expone como eso ha ido produciéndose en España, de la mano de las experiencias profesionales europeas, hasta que en este momento, en nuestro país tiene un desarrollo formativo y profesional muy encomiable. López nos relata como ha sido la evolución en la construcción de la profesionalización y destaca los modelos profesionales y líneas maestras para la educación han sido establecidos por la Asociación Americana Arteterapia y de Gran Bretaña desde 1960.

En Inglaterra y por esta misma época, Donald Winnicott desarrollaba sus ideas teóricas y clínicas que se corresponden en algunos puntos con las autoras mencionadas. Toma el juego como una cosa en sí misma: el Jugar-Jugando, es decir, en el proceso y en la acción. Inventa el garabato, la fuerza esencial del trazo surge de esas obras de gesto espontáneo que tienen como origen *lo informe* y es que tan solo en lo informe para Winnicott se puede ser creativo.

También Margaret Naumburg trabajó con los garabatos desde la perspectiva del psicoanálisis freudiano. Su modo de trabajo era el siguiente: su aporte incluye varios momentos, que resumimos a continuación: El analizando hace el garabato con carbón, o pastel de color; terminado el garabato debe mirarlo y cuando su mente dibuje sobre los trazos iniciales debe completarlo; corresponde a la descripción del garabato en lo manifiesto; la persona debe asociar libremente sobre su creación para llegar a la simbolización de la experiencia. Con sólo este ejercicio es posible llevar a cabo un proceso de arte terapia psicoanalítica.

²¹⁷ López Martínez, M. D. (2009). Tesis: La Intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español. Universidad de Murcia

En su libro, *“El descubrimiento del arte de los locos”*, MacGregor (1989), presenta una historia de la interacción entre el arte y la psicología que abarca los últimos 300 años. Esta historia abarca teorías del genio y la locura, biografías de los artistas "locos", representaciones de la locura por los artistas y los diversos intentos de llegar a una comprensión de que el arte tiene potencial como una ayuda para el tratamiento de salud mental y diagnóstico.

Ya sea que discutir la obra de un artista de estudio o las producciones de una persona mentalmente enferma, Kris (1955) argumenta que ambos participan en el mismo proceso psíquico, es decir, *la colocación de una experiencia interior, una imagen interna, en el mundo exterior*. Este "método de proyección" se convirtió en la base conceptual para una deslumbrante variedad de la llamada evaluación proyectiva del dibujo, que se desarrollaron en la psicología durante el siglo XX.

8.3 Enfoques clínicos de Arteterapia

8.3.1. Los enfoques psicodinámicos

La práctica contemporánea de la terapia del arte surgió principalmente de la psiquiatría en la primera mitad del siglo XX. El impacto de la teoría psicoanalítica y la teoría analítica de Jung sobre el desarrollo de la terapia del arte fue profunda, y, en cierta medida, todos los métodos de terapia de arte crecieron de estas bases. La teoría psicoanalítica de la personalidad sigue siendo un hilo fuerte en el campo de la terapia del arte en general, y la obra de Sigmund Freud y Carl Jung se ha incorporado no sólo en los enfoques psicoanalíticos y analítica a la terapia de arte, sino también dentro del marco conceptual de muchas metodologías de arteterapia.

Los puntos de vista de Sigmund Freud, son la base para la mayoría de las teorías de la psicoterapia y, sin duda, ha sido una gran influencia en el desarrollo de la terapia del arte en el S. XX y siguen siendo hasta el día de hoy. Freud vio en muchos pacientes que las observaciones más significativas fueron las descripciones de las

imágenes visuales. En su primer caso del análisis de niños que informó sobre dibujos fue en el caso del pequeño Hans (1905) y más tarde en el caso clásico conocido como "El Hombre Lobo" (1918). El descubrimiento de Freud (1900) en *La interpretación de los sueños*, de que tienen sentido también fue clave en la fundación del enfoque psicoanalítico de la terapia del arte. Señaló: *Nosotros experimentamos [el sueño] predominantemente en imágenes visuales... parte de la dificultad de dar cuenta de los sueños es debido a nuestra necesidad de traducir las imágenes en palabras*. Un soñador, a menudo nos dice, *podría dibujarlo, pero no sé cómo decirlo*. Esta declaración sirvió de inspiración para la aparición y el consiguiente desarrollo de la terapia del arte como una modalidad de tratamiento. Tal vez la mayor contribución de Freud es su concepto del inconsciente; así como los lapsus linguae, materiales derivados de la libre asociación y proyectiva técnicas y el contenido simbólico de los síntomas psicóticos, fueron considerados por Freud como evidencia de lo inconsciente. Su teoría del inconsciente influyó en el desarrollo del enfoque psicoanalítico de la terapia del arte, así como el desarrollo de técnicas de dibujo proyectivo que hacían hincapié en la emergencia de material inconsciente a través de imágenes. La teoría de Freud de los mecanismos de defensa del yo, sobre todo la sublimación que se ha relacionado con la expresión artística (Kramer, 1993), también influyó en el curso del enfoque psicoanalítico de la terapia del arte.

La hija de Freud, Anna, también ha tenido un impacto en la terapia del arte. Aunque su padre no dirigió sus pacientes para dibujar, Anna utiliza el arte y otras actividades expresivas en su trabajo y reconoció la expresión artística como una ayuda en el tratamiento.

8.3.2. Enfoques humanistas

La psicología humanista es conocida como la "tercera fuerza de la psicología", y surgió como una alternativa a los enfoques psicoanalíticos y de comportamiento. Los siguientes modelos, entre otros, abarcan la psicología humanista: La terapia existencial, la terapia centrada en la persona, y la terapia Gestalt también fue fundamental en el desarrollo de la tendencia humanista en psicología, proponiendo

las ideas de autorrealización y el potencial personal. Se criticó a Freud, observando que le presta demasiada atención a la hostilidad, la agresividad y neurosis y muy poca atención a la capacidad de los seres humanos para el amor, la creatividad y alegría.

El Arte terapeuta Josef Garai (1987) concibió un enfoque humanista a la práctica de la terapia del arte basado en tres principios:

- 1) el énfasis en la solución de la vida-problema;*
- 2) el fomento de la auto-realización a través de la expresión, y*
- 3) el énfasis en la relación auto-actualización a la intimidad y la confianza en las relaciones interpersonales y la búsqueda de objetivos de vida auto-trascendentes.*

Conforme a Garai, el objetivo de un enfoque humanista a la terapia de arte no es tanto eliminar la ansiedad, tristeza u otras emociones, sino para ayudar a la persona en transformarlas en expresiones auténticas a través de las modalidades artísticas. Su observación es consistente con los valores de la psicología humanista y, en particular, refuerza la importancia de la creatividad como forma de experimentar y actualizar humana potencial como un agente curativo.

8.3.3. Enfoques cognitivo-conductuales

La terapia del arte es una forma activa de la terapia. Los participantes tienen que explorar los materiales y construir una obra. Se dedican a la manipulación física de los materiales y a la reflexión sobre los problemas de nuevas maneras. Representando un conflicto o sensibilidad en color, collage, o volumen, se permite a los pacientes un acercamiento y comprensión de sus problemas. Preguntas específicas por parte del terapeuta puede guiar al cliente en este proceso, por lo que el problema se explora verbal y no verbal.

Aunque la terapia del arte se ha centrado a menudo en las experiencias emocionales, algunos terapeutas la han integrado más cognitivamente basando sus

construcciones en su trabajo con los niños y adultos. Malchiodi (2001) utiliza las tareas y preguntas de dibujo específicas para ayudar a los niños en situación de crisis a representar sus experiencias, con el objetivo de explorar las emociones y revisar los pensamientos negativos, y la reducción de las secuelas de estrés postraumático. La terapia cognitivo-conductual abarca varios enfoques diferentes, incluyendo terapia conductual racional emotiva, la modificación cognitivo-conductual y la terapia cognitiva.

La idea central de todos estos enfoques, es que hay que trabajar sobre los supuestos de la persona, expectativas e interpretaciones de los acontecimientos que son responsables de la producción de las emociones negativas. Se parte de la base de que son las emociones negativas las que provocan que las personas se sienten deprimidas y con ansiedad y puede dar lugar a trastornos emocionales. De acuerdo con la teoría cognitiva, se entiende que la alteración en el desarrollo cognitivo de los procesos y los cambios en las cogniciones, son las que pueden producir los cambios deseados en el afecto y comportamiento.

En la terapia cognitivo-conductual se marca como principal meta la ayuda al sujeto a reconocer las reglas y supuestos falsos y negativos, así como también a encontrar modos de sustituir o reestructurar hacia consideraciones más positivas y realistas. Si las ideas y supuestos que tenemos de nosotros mismos responden a criterios disfuncionales, los sujetos deprimidos o con ansiedad pueden responder con ideaciones negativas y repetitivas, que se conocen como "pensamientos automáticos negativos" o "diálogo interno negativo", porque se producen sin esfuerzo ni intención en respuesta a una situación específica. Las creencias y expectativas personales de las situaciones se organizan en "constelaciones" que se activan cuando se colocan en una situación específica (por ejemplo, hablar en público, conducir un coche, o tomar una decisión). Beck (1985) describe esta constelación de normas y supuestos como "esquema." Un esquema cognitivo es un código mediante el cual las personas descifran y evalúan sus experiencias y conductas y las de los demás.

La terapia cognitiva conductual, es un método altamente directivo y estructurado que requiere que el clínico pueda desempeñar un papel activo y de educación en la terapia. En la mayoría de casos, el objetivo del tratamiento es eliminar o reducir drásticamente los síntomas en 6 a 20 sesiones, así como dar al cliente las herramientas para permanecer libre de síntomas. Los componentes clave en la terapia cognitivo-conductual son la identificación, la reestructuración, y/o eliminación de los pensamientos negativos, la enseñanza del cliente para controlar las respuestas autónomas que, por lo general, asisten a los sentimientos de ansiedad y pánico, y utilizar estas habilidades para permanecer libres de síntomas.

8.3.4. Enfoques de aprendizaje y desarrollo

Muchos terapeutas que utilizan la terapia del arte integran una variedad de marcos de desarrollo en su trabajo, incluyendo los psicoanalíticos y psicosociales.

En el marco del desarrollo, destacan los principios generales del desarrollo cognitivo propuesto por Piaget (Piaget, 1959, Piaget y Inhelder, 1971). Terapia del arte del Desarrollo es la más utilizada para trabajar con los niños, pero puede ser aplicado a individuos de cualquier edad, especialmente aquellos con discapacidades físicas, discapacidades cognitivas o retrasos en el desarrollo. Puede también ser útil en el tratamiento de los adultos que han experimentado estrés emocional o trauma, porque la creación artística evoca las primeras experiencias sensoriales y modos de expresión simbólica que se encuentra en todo el continuo del desarrollo (Malchiodi, 1993).

Las teorías del desarrollo en arteterapia se basan en la concepción del crecimiento creativo y mental como una guía para la comprensión de la persona. El trabajo de Víctor Lowenfeld (1980) sostiene que en el trabajo desde el arte no se trata sólo de una fuente de auto-expresión, sino que su mejor respuesta es que tiene el potencial de mejorar emocional bienestar. Él, acuñó el término "*terapia de la educación artística*" para describir una terapéutica y uso educativo de las actividades artísticas en los niños con discapacidades. Lowenfeld fue algo influenciado por los conceptos

psicoanalíticos de su tiempo y, como resultado, estuvo muy interesado en cómo influyeron en la sensación de autoconcepto de los niños con discapacidad y en cómo se puede utilizar el procedimiento de la técnica para apoyar el desarrollo de los niños. Muchos de los conceptos de Lowenfeld, tuvieron eco en el trabajo de los terapeutas de arte en el modo de aplicar los principios de desarrollo a su trabajo con los niños y adultos. Kramer (1982), quien trabajó con niños de marginación social y discapacitados psíquicos, evidenció el poder del arte para enriquecer el desarrollo de las vidas de los niños.

Williams y Woods (1977), en realidad acuñó la frase "*terapia del arte en el desarrollo*" y centró su trabajo con los niños en la adquisición de las habilidades cognitivas y motoras.

Henley (1992) sintetiza las teorías de Lowenfeld y Kramer para crear un enfoque para tratar a niños con discapacidades físicas y emocionales. Su trabajo ofrece un excelente marco para la aplicación de los principios de la terapia del arte y el arte en la educación a los niños, tanto en la terapia como en el aula. Rubin (1978) describe que se utilizan no sólo las teorías del desarrollo de la expresión artística, sino también los conceptos de desarrollo psicosexual, psicosocial, y el motor en el trabajo con niños con diferentes discapacidades y trastornos emocionales. Más recientemente, el impacto de la neurociencia como que se refiere a la capacidad del cerebro para crear imágenes, tanto mental como a través de imágenes de actividades, está influyendo en la forma en que nos fijamos en el desarrollo humano, en particular en la función de la expresión artística en la primera infancia y durante toda la vida (Malchiodi, Riley, y Hass-Cohen, 2001).

8.3.5. Teorías del desarrollo en Arteterapia

Las teorías del desarrollo en arteterapia se basan en la concepción del crecimiento creativo y mental como una guía para la comprensión de la persona. El trabajo de Víctor Lowenfeld (1957) sostiene que en el trabajo desde el arte no se trata sólo de una fuente de auto-expresión, sino que su mejor respuesta es que tiene el potencial

de mejorar emocional bienestar. Él, acuñó el término "*terapia de la educación artística*" para describir una terapéutica yuso educativo de las actividades artísticas en los niños con discapacidades. Lowenfeld fue algo influenciado por los conceptos psicoanalíticos de su tiempo y, como resultado, estuvo muy interesado en cómo influyeron en la sensación de autoconcepto de los niños con discapacidad y en cómo se puede utilizar el procedimiento de la técnica para apoyar el desarrollo de los niños. Muchos de los conceptos de Lowenfeld, tuvieron eco en el trabajo de los terapeutas de arte en el modo de aplicar los principios de desarrollo a su trabajo con los niños y adultos. Kramer(1971), quien trabajó con niños de marginación social y discapacitados psíquicos, evidenció el poder del arte para enriquecer el desarrollo de las vidas de los niños.

Williams y Woods (1977), en realidad acuñóla frase "*terapia del arte en el desarrollo*" y centró su trabajo con los niños en la adquisición de las habilidades cognitivas y motoras.

Henley (1992) sintetiza las teorías de Lowenfeld y Kramer para crear un enfoque para tratar a niños con discapacidades físicas y emocionales. Su trabajo ofrece un excelente marco para la aplicación de los principios de la terapia del arte y el arte en la educación a los niños, tanto en la terapia como en el aula. Rubin (1978) describe que se utilizan no sólo las teorías del desarrollo de la expresión artística, sino también los conceptos de desarrollo psicosexual, psicosocial, y el motor en el trabajo con niños con diferentes discapacidades y trastornos emocionales. Más recientemente, el impacto de la neurociencia como que se refiere a la capacidad del cerebro para crear imágenes, tanto mental como a través de imágenes de actividades, está influyendo en la forma en que nos fijamos en el desarrollo humano, en particular en la función de la expresión artística en la primera infancia y durante toda la vida (Malchiodi, Riley, y Hass-Cohen, 2001).

8.3.5. Enfoques Multimodales y Arteterapia Expresiva

Implican la integración de todas las artes. La premisa básica es que el conjunto de las artes expresivas, como son las artes visuales, la música, la danza y el teatro, permiten a las personas a explorar facetas desconocidas de sí mismos, desde distintos modos de expresión y de comunicación no verbal.

Natalie Rogers, hija del psicólogo Carl Rogers, ha propuesto una de las teorías más aceptadas de las artes expresivas y la terapia intermodal y se integra un enfoque "*centrado en la persona*" en su trabajo.

Rogers (1993) también acuñó un término para el fomento y la mejora de la interacción entre las artes en la terapia: *la conexión creativa*. Cree que una forma de arte estimula naturalmente otra, por ejemplo, el movimiento creativo puede afectar lo que expresa a través del dibujo y el dibujo puede activar lo que sentimos o pensamos. Esta conexión creativa puede implicar una variedad de diferentes experiencias secuenciales de las artes para la terapia, sin embargo, es central para el individuo el proceso y determina, con orientación y facilitación del terapeuta, la dirección del proceso.

8.3.7. Terapia familiar en Arteterapia

La terapia del arte con las familias surgió durante las últimas décadas como consecuencia natural del desarrollo de las teorías de terapia familiar. La integración de la teoría, ha sido una preocupación central para los profesionales que utilizan la expresión artística con las familias (Riley y Malchiodi, 1994) y muchas teorías se han utilizado como marco para el tratamiento de la familia desde el arteterapia, incluyendo psicodinámica, la teoría de sistemas, humanista, estratégico, estructural, enfoques centrada en soluciones, y la narrativa.

Los beneficios generales del arteterapia en la familia son los siguientes:

- Permite que haya una comunicación transgeneracional a través de la expresión artística. La experiencia de utilizar el arte como el medio de expresión principal, facilita una comunicación y expresión más adecuada y propicia el encuadre terapéutico.
- El procedimiento expresivo y creativo de la terapia familiar, permite a los participantes, de forma simultánea, expresar sus pensamientos y sentimientos a través de las actividades en lo individual y grupal, pudiendo crear una sola forma de expresión artística.
 - Para el paciente en la terapia individual, la expresión visual puede ser un vehículo importante para comunicar asuntos de familia con el terapeuta. Un dibujo simple o collage puede ser el medio por el cual el paciente "trae a la familia" y ofrece la oportunidad de discutir los roles dentro de la familia y los problemas en el cliente de familia de origen.
- Mejora la comunicación entre los miembros de la familia y descubre, a través del proceso, así como el contenido de la tarea técnica, los patrones familiares de interacción y comportamiento.
- A través del Arteterapia, a la familia se le ofrece un medio para comunicarse entre sí de una manera nueva. Patrones habituales de respuesta pueden ser reflejados en la terapéutica, pero la familia tiene la oportunidad de utilizar su potencial creativo para resolver problemas, abrirse a una perspectiva más amplia, y para apoyar cambios en el comportamiento.

El uso de metáforas es también muy importante en la terapia familiar, de modo que puedan acercarse a sus dificultades de un modo creativo y libre de angustias paralizantes. Haley (1997) cree que las metáforas son analogías a través de las cuales el terapeuta y el paciente pueden comunicarse de una manera poderosa, directa, pero no amenazante.

8.4 Definiciones de arteterapia

“Sólo por el arte, podemos salir de nosotros, saber lo que ve otro ser humano de este universo que no es el mismo que el nuestro y cuyos paisajes permanecían tan ignorados como los que pueda haber en la luna. Gracias al arte, en vez de ver un solo mundo, el nuestro, lo vemos multiplicarse y, en la misma medida que artistas originales haya, tenemos mundos a nuestra disposición, más diferentes unos de otros que los que ruedan por lo Infinito, y que, muchos siglos después de haberse extinguido el foco del que emanaron, nos envían su rayo especial”

Marcel PROUST

La actividad creativa es el proceso que aporta una *novedad a sí mismo* desde una experiencia global. En el proceso creativo se conjugan la sensibilidad, la experiencia de intimidad y las preocupaciones del momento. Trabajar con la mediación creativa, nos va a facilitar que las personas atendidas puedan manejar y utilizar los elementos para un acercamiento más constructivo, en la siempre conflictiva relación entre lo indecible de lo interior y lo inaceptable del exterior.

Para Tessa Dalley, la terapia artística es la utilización del arte y otros medios visuales en un entorno terapéutico o de tratamiento. La esencia reside en el resultado terapéutico de la actividad y el proceso de crear algo. *“La actividad artística proporciona un medio concreto, no verbal, a través del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo conciente e inconciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico”* (Dalley, 1984).

La experiencia de la creación, por sí misma, es rehabilitadora y terapéutica; en el trabajo técnico de la creatividad, de lo que se trata es de propiciar el modo y el tiempo de los medios para crear; podríamos decir que, en esta tarea, es más importante el proceso y la vivencia del mismo, que el resultado. Siguiendo la

propuesta de definición de la Asociación Profesional de Arteterapeutas de la Región de Murcia (MURARTT), el *Arteterapia es una profesión en la que, dentro de un marco terapéutico, se utilizan procesos artísticos, fundamentalmente artes visuales y plásticas, para la contención y elaboración de conflictos psíquicos y la mejora del bienestar y de la salud.* La mediación plástica nos va a suponer también, facilitar el desarrollo simbólico en situaciones en las que la expresión verbal tenga graves limitaciones.

El sujeto, sano o enfermo, experimenta que su producción creativa se convierte en huella perdurable de su mundo interno, de ese modo transferido al medio sensible y metafóricamente revelado. La transferencia del significado a la forma, le permite generar un espacio de nueva realidad, construida con sus propios pensamientos y emociones objetivados. Así, mediante la proyección y retroalimentación sucesivas, el sujeto avanza con la ayuda del arteterapeuta por la espiral del autoconocimiento. Con la ventaja de que esta función diagnóstica importa al proceso creativo una paralela facilitación del autodomínio, porque la creación, es ya diferenciación y gestión del mundo interno mediante esa materialización simbólica que permite desalojar lo indeseable.

Los profesionales que nos dedicamos a las áreas de la salud mental, servicios sociales y educación, más allá de la línea metodológica y de la gravedad de los problemas que tratamos de resolver, tenemos como objetivo primordial, posibilitar que las personas puedan desarrollar sus potencialidades personales y consigan tener una evolución más satisfactoria de sus capacidades. En este sentido, la cura de una persona, la modificación subjetiva, la incorporación de habilidades positivas de comunicación, etc, se han de producir en un desarrollo satisfactorio de su capacidad de proyección y de simbolización.

Una mirada a la producción bibliográfica sobre Arteterapia en la última década, muestra que esta disciplina ocupa un lugar propio en la investigación psicológica, educativa y médica, con un sólido corpus teórico, evidencia científica acumulada por

estudios experimentales y correlacionales, y una importante cuota de investigación cualitativa corroborando su eficacia.

La **FEAPA**, (Federación de Asociaciones Profesionales de Arteterapia) en el artículo 6 de sus estatutos, realiza la siguiente definición de Arteterapia y Arteterapeuta:

A efectos de los presentes Estatutos, se entenderá por Arteterapia una vía de trabajo específica que utiliza el proceso de creación a través del lenguaje artístico para acompañar y facilitar procesos psicoterapéuticos y promover el bienestar bio-psico-social, dentro de una relación terapéutica informada y asentida a aquellas personas y/o grupo de personas que así lo requieran.

Se fundamenta en el potencial terapéutico de la creación artística dentro de un encuadre adecuado, con el objetivo de promover dinámicas de transformación sobre: la capacitación personal y social, el desarrollo expresivo y creativo, el cambio de posición subjetiva y en su caso, la elaboración sintomática.

Desde la **Asociación FORO IBEROAMERICANO DE ARTETERAPIA**", con sede en Madrid, se establece la siguiente definición:

El Arteterapia es una disciplina especializada en acompañar, facilitar y posibilitar un cambio significativo en la persona mediante la utilización de diversos medios artísticos: atendiendo a su proceso creativo, a las imágenes que produce y a las preguntas y respuestas que éstas le suscitan.

Se trata de una disciplina cuya práctica profesional se apoya por una parte en el conocimiento y la práctica del arte, y por otra en el estudio del desarrollo humano y de las teorías psicológicas.

Bajo esta doble perspectiva práctica-teórica, y tomando como punto de partida al individuo, su objetivo es apoyarlo en su desarrollo, utilizando la expresión artística como un canal alternativo de expresión, argumentando más allá del terreno verbal.

La Asociación Americana de Arteterapia (2010)

El arte terapia es una forma de psicoterapia que usa medios artísticos como modo primario de comunicación. El Arteterapia es una disciplina para la salud mental que usa el proceso creativo artístico para mejorar y reforzar el bienestar físico, mental y emocional de individuos de todas las edades. El proceso creativo implicado en la autoexpresión artística ayuda a las personas a resolver conflictos, problemas, desarrollar habilidades interpersonales, manejo de la conducta, reducción del stress, aumento de autoestima, y que la persona pueda conocerse a sí misma y lograr un insight.

Asociación Británica de arteterapeutas (2010):

Una forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos como su modo de comunicación primario. Los clientes que se remiten a un arte terapeuta no necesitan tener experiencia en arte, ni se busca como principal actividad la estética, sino que el objetivo es permitirle al cliente cambiar y crecer a nivel personal a través del uso de materiales de arte en un ambiente seguro y facilitador.

Desde la **Asociación Profesional de Arteterapia de la Región de Murcia (MURARTT)**, se define el arteterapia como:

El Arteterapia es una profesión en la que, dentro de un marco terapéutico, se utilizan procesos artísticos, fundamentalmente artes visuales y plásticas, para la contención y elaboración de conflictos psíquicos y la mejora del bienestar y de la salud.

En el libro de Sara Paín (1995) *“Una psicoterapia por el arte”*²¹⁸, expone:

Una de las tendencias que se enmarcan dentro del arte terapia es aquella que considera la actividad plástica como secundaria, corriente más próxima a la clínica psicoterapéutica, en ella el efecto terapéutico deriva exclusivamente de los intercambios verbales alrededor del contenido de la obra, esta se utiliza por tanto como medio para acceder a la comunicación verbal... en el proceso de construcción simbólica las transformaciones son más importantes que el resultado final”....“Para el arteterapeuta, el problema es adquirir la facultad de esperar sin sentirse angustiado, ni por el silencio ni por la lentitud del desarrollo del proceso plástico y poder enfrentar de una manera constructiva los comportamientos de resistencia, de agresión, de pasividad, y soportar tanto la extrema dependencia de los sujetos como sus tentativas de autonomía.

Tomamos aquí las aportaciones de Daniel Malpartida (2011)²¹⁹ en su desarrollo teórico de arteterapia:

El arte Terapia, es la única forma de Psicoterapia que utiliza el proceso creativo, los medios artísticos; esto es la imagen, sus derivados y el poder de la expresión los que junto a la noción de vínculo tienen una significación central en el proceso y relación terapéutica. No obstante, es multimedia ya

²¹⁸Paín, Sara y Jarreau, Gladys, (1995). *Una psicoterapia por el arte*. Buenos Aires. Ediciones Nueva Visión.p. 17

²¹⁹ Malpartida, D, (2011). *Psicoterapia psicoanalítica a través del arte. Teoría, técnica y práctica*. Cap.I. Colección: Ensayos y Experiencias. Ed. Paidós

que, las diversas terapias por el arte pueden utilizar de acuerdo a su teoría de base las diversas modalidades de hacer arte. La persona, inmersa en el proceso de transformación responde a la obra creada a través de una reflexión e insight que incrementa su desarrollo personal, apunta al adueñamiento de los contenidos inconscientes puestos en visibilidad y, en consecuencia, a la superación de conflictos emocionales de muy diversa índole. En este sentido el arte terapia co-relaciona la expresión artística no verbal con la expresión verbal y la simbolización de la experiencia; lo que constituye un verdadero ejemplo de arte-ciencia. Una ciencia de las imágenes más acá o más allá de la descripción por medio de la palabra.... La puesta en visibilidad de aquello que es invisible es por sí misma una interpretación y es la persona quien determina su significación. Es necesario insistir en que no se trata únicamente de proyección, sino que además hay una persona que hace algo desde lo informe. Dentro de este proceso sucede que el Yo reconoce sus funciones a partir de la puesta en visibilidad y puede corregirse frente a la evidencia innegable y no rechazar la obra.... La destreza que el analizando adquiere, el oficio y el aprendizaje, incrementa ostensiblemente los sentimientos de identidad yoica. “Esto que hago soy Yo”; “Este color soy yo, me representa”; En esta obra sí que estoy, etc. Del mismo modo puede decirse del self. La Psicoterapia por el arte va en busca del self creativo que co-existe en nuestra subjetividad.

Dice Birtchnell (1984)²²⁰ que en Arte Terapia, “*el efecto estético se debe, en parte, a que la creación estética es y no es al mismo tiempo el objeto que representa*»... «*la creación estética llega hasta donde el terapeuta esté preparado para avanzar en la explicitación de sus conflictos internos*», siendo su rol estimular al sujeto para que manifieste sus conflictos en la superficie, asumiendo riesgos pictóricos y personales, utilizando la creación de la imagen para focalizar la terapia hablando del contenido pictórico y sus consecuencias emocionales. En el espacio terapéutico, el o la terapeuta tiene una función de asistencia al cliente para ayudarlo a deconstruir y

²²⁰ Birtchnell, J. (1987). *La Terapia Artística como forma de psicoterapia*. en Dalley, T. *El Arte como terapia*, Barcelona. Herder

luego sintetizar los significados en su obra con relación a su interpretación. Esta fase es comunicacional, verbal, constituyendo por lo tanto, un hecho de naturaleza social. En ese sentido, sigue exponiendo Birtchnell²²¹ *cada vez que un artista contempla su creación se produce una descarga emocional debido a la conexión que establece con la idea que le llevó a pintar el cuadro. Por lo tanto, funciona una especie de círculo: la idea le hace crear una representación externa de ésta y, a su vez, la representación evoca la idea original*

²²¹Ibidem. pp. 76-77.

Capítulo 9. LA CLINICA DEL ARTETERAPIA

“No hay fantasmas en los cuadros de Van Gogh, ni visiones ni alucinaciones. Sólo la tórrida verdad de un sol de las dos de la tarde. Una lenta pesadilla genésica poco a poco elucidada. Sin pesadilla y sin efectos. Pero allí está el sufrimiento prenatal... qué pintor que no fuera estrictamente pintor, podría haber tenido la audacia de Van Gogh de dedicarse a un motivo de tan desarmante simplicidad”.

Antonin Artaud

El arte, como lo expresó Bolívar Echeverría (2001), *permite, dentro de lo rutinario, sin necesidad de drogas, ni rituales y dentro de la cotidianidad, apalabrar lo Otro, creando y recreando en la dimensión lingüística, espacial y temporal los nuevos significantes que permitan escuchar el concierto de los sonidos del silencio, de la palabra enmudecida y revivida en el potencial de la simbolización espacial y temporal, que nos permite trasladar las significaciones de ceguera, sordera, parálisis de experiencias, de movimientos y de pensamientos a su dimensión originaria de lo social y cultural y, desde ahí, iniciar la transformación y creación de las nuevas experiencias que nos deparará un nuevo destino de lo humano.*

El concepto de Arte-Terapia es un concepto complejo. Podríamos decir que lo caracteriza la disposición de un dispositivo artístico, plástico.

Comenzaremos esta parte con las reflexiones de prestigiosos profesionales. Así, autores como *Sara Pain y Gladys Jarreau (...)*²²² han avanzado en pos de definir de qué se trata en arteterapia:

²²² Sara Pain y Gladys Jarreau, *Psicoterapia a través del arte*, Ed. Paidós, P. 18

La noción de arte-terapia incluye generalmente todo tipo de tratamiento psico-terapéutico que utilice como medio la expresión artística (danza, teatro, música, etc..). Dada la juventud de esta disciplina, data de la posguerra, es necesario considerar el término "arte" en el sentido que adquirió en esta segunda mitad del siglo, las diversificaciones de la expresión artística han inspirado y avalado las diferentes aproximaciones arte-terapéuticas». «El trabajo de Arte Terapia se orienta según diversas tendencias, las más próximas a la clínica psico-terapéutica consideran la actividad Plástica como secundaria, el efecto terapéutico deriva exclusivamente de los intercambios verbales alrededor del contenido de la obra. La expresión plástica es un medio para acceder a la comunicación verbal.

Lidia Polo Downat²²³ en su trabajo “Tres aproximaciones al arteterapia”, expone:

Desde hace algunas décadas, el arte se utiliza terapéuticamente como rehabilitación, como catarsis y finalmente como un instrumento de autoconocimiento dirigido a personas con necesidades educativas especiales y enfermos mentales, colectivos de cualquier edad con problemas de adaptación social, ...el Arte Terapia tiende un puente hacia la comprensión y superación de los problemas valiéndose de la producción e interpretación de imágenes plásticas, a través de un proceso creativo de naturaleza no verbal..... “la creación artística nos permite llegar a los sentimientos más secretos e inenarrables; jugar con los límites, sobrepasarlos por medio de la fantasía creativa, dialogar con lo real y lo ficticio, hacer un viaje de retorno a los orígenes y volver para contarlo”. En ese mismo trabajo, encontramos una aportación de Jorge Kleiman, pintor y teórico del arte: «el artista es un adelantado que descubre los espacios del Deseo, conquista terrenos, hace el trabajo para que los demás puedan luego, al observar la obra, recorrer y colonizar un territorio previamente descubierto y pacificado».

²²³ *Arte, Individuo y Sociedad* 2000, 12: 311-319.
http://www.arteindividuoy sociedad.es/articles/N12/Lidia_Polo.pdf

En la dinámica del Arte Terapia, no se trata tanto de técnicas como de proceso, vínculos y experiencias creativas. Se trata de la experiencia y de la vivencia en el proceso. Un momento especial en la acción creadora, es el tiempo de reaccionar ante la propuesta de trabajo, el momento de decidir comenzar a hacer, el momento de vinculación con la propuesta de trabajo y la desvinculación necesaria con la realidad de cada uno, el momento de hacer lo enigmático de cada uno. La dinámica arte terapéutica toma todo su valor en que lo creado aporta una novedad al sí mismo desde una perspectiva global. La creación es indispensable para el arte terapia; ahora bien, en el proceso de arte terapia, el esfuerzo por crear revela siempre una inquietud ante lo conocido de sí mismo, pero no menos ante lo desconocido de sí mismo. Es un estallido interior que provoca una multiplicidad de sí y promueve el pegado puzzleriano que nos apuntala a modo de seguridad interna. Es un estallido que revierte en dar sentido a lo que no lo tenía, o dar sentidos distintos, contrapuestos, viscerales, fusionales a lo más insospechado o irreverente. Y como la creación siempre se sitúa y aparece en ese intersticio que se da entre la palabra y la cosa, entre el símbolo y su representante, en eso que hemos llamado la *“urgencia del símbolo”*²²⁴, es desde el proceso de arte terapia como podemos mediar sin urgencia, pero con cierta emergencia, por encontrar los referentes plásticos de lo interno, por amortiguar lo imposible de simbolizar. Creo que no se trata de otra cosa en la vida del sujeto y es el interés por excelencia del proceso arte terapéutico.

Más allá de la verdad de esta afirmación *“Una imagen vale más que mil palabras”*, lo que nos dice es que la imagen convoca a su dimensión y siempre convoca a las sensaciones y su modo de evocarlas. En este sentido, el arte visual puede traer un trauma a la conciencia de forma menos amenazante. Es lo que ocurre por ejemplo, con los niños de la guerra o niños víctimas de abusos sexuales o violencia parental. En este sentido, Ana Hernández (2006)²²⁵ articula que *“el juego de la representación plástica en Arteterapia, propone construir un punto de vista, una nueva perspectiva, ponerse en otro lugar distinto, crear una ilusión. Pero a diferencia del imaginario,*

²²⁴ Coll Espinosa, F.J. (2006). *Arteterapia : dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Ed. UMU, P. 167

²²⁵ Hernández Merino, A, (2006) *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. La palabra de la imagen: un caso de Arteterapia en salud mental*. P. 265, UMU Servicio de Publicaciones

ésta, la obra nos permite hacer lazo social, ya que puede ser compartida a través de la mediación del objeto artístico”.

La clínica del Arte Terapia es un “*decir de decires*”; es la propuesta de un desarrollo lógico, cuya lógica proviene de lo desconocido y de lo más cercano. La clínica es el proceso de creación en la sesión, no tanto su final como el proceso.

En Arte Terapia se trata siempre de un lenguaje, simbólico, que nos dispone en multitud de direcciones y posibles interpretaciones, pero que no pretenden dar un sentido a la obra sino que ofrecen “*variaciones de sentidos*”. Jacques Lacan nos dice:

Interpretar el arte es lo que Freud siempre descartó, siempre repudió; lo que llaman psicoanálisis del arte es todavía más descartable que la famosa psicología del arte, que es una noción delirante. Al arte debemos tomarlo como modelo, como modelo para otra cosa, es decir, hacer de él ese tercero que aún no está clasificado. Ese algo que se apoya en la ciencia por una parte, y por la otra toma al arte como modelo, e iría aún más lejos: que no puede hacerlo sino en la espera de tener que darse, al final, por vencido.

Tanto Lacan como Kandinsky coinciden en la siguiente afirmación²²⁶:

... la función del cuadro, no es solo la representación, ya que el cuadro es una apariencia alrededor del objeto, es decir, que en él siempre hay una ausencia. Civiliza porque incita a la renuncia, promueve la fantasía y la melancolía de ser como una ilusión que humaniza y conforta.

En el proceso arte-terapéutico se trabaja con el cuerpo primordial, con el cuerpo que nos dio origen, con el cuerpo que nos estimula y mimica, es decir, es la re-creación “maternal”. Quererse uno mismo, es la rememoración ideica, ilusoria, fantaseada, del rostro materno, del rostro que nos dio afecto y origen. De la mirada al cuerpo

²²⁶ Coll Espinosa, F.J. (2004). *El desarrollo de la subjetividad desde la creatividad y arte-terapia*, en Educación Social, nº 28 p. 47

hay una distancia que solo podemos unificar con la imagen del cuerpo de la mirada del otro. La obra de arte es un mimo a la fantasía del autor, a su narcisismo, desde su intención, bien sea de denuncia o de manifestación. En arte-terapia, la obra es el dibujo de la fantasía, del calor del sí-mismo hecho realidad; es también como el abrazo a la posibilidad de ser, pero no tanto desde el Yo ideal, sino desde los ideales del ser. Es el abrazo a la posibilidad de ser, por tanto, a la posibilidad de no ser determinado, de ser indeterminado y posible de ser en otro espacio desconocido un poco, aunque amable.

En palabras de *Teresa Dalley (1984)*:

Las imágenes pueden crear claridad de expresión, en especial con respecto a ciertas cosas que son difíciles de decir. Simbolizar sentimientos y experiencias a través de imágenes puede constituir un medio de expresión y de comunicación más poderoso que la descripción verbal, y al mismo tiempo, es capaz de hacer que tales sentimientos y experiencias se vuelvan menos amenazadores.

Lo que verdaderamente es nuevo en arte terapia es que en el tiempo de sesión, se trabaja con la *textura subjetiva* en esa indeterminación que supone la percepción de sí mismo. Sus repercusiones, por el contrario, se observan muy clara y fácilmente en los efectos de modificación subjetiva en el sentimiento de sí, es decir, su estar en la vida y consigo mismo.

La conexión de la clínica y el arte es lo que permite un dispositivo que llamamos “arte terapéutico” y que tiene y le da toda la dimensión a lo que define la existencia del sujeto, su dimensión, su necesidad de construcción, incluso y necesariamente, desde lo inefable. En palabras de *Theodor W. Adorno*, en su obra sobre Teoría Estética: “*para el conocimiento discursivo lo verdadero aparece sin disfraz, pero no lo puede poseer; en cambio, el conocimiento que es el arte lo posee, pero como algo que le es inconmensurable*”.

En este sentido, Roland Barthes (1992, 2009) nos dice:

Esa verdad de la obra de arte no puede ser otra que la comunicación de lo incomunicable, la manifestación explosiva de la conciencia oprimida. Por ello, las obras de arte son “la evidencia de lo inevidente, la comprensión de lo incomprensible. En ningún caso cabe la pretensión de que la tarea de la filosofía del arte sea clarificar lo incomprensible, sino tratar de entender la propia incomprensibilidad. La tarea prioritaria que se nos propone es no procurar la disolución del enigma, sino el descifrar su configuración.

El proceso de creación en arte terapia se da entre la intuición y lo que podríamos llamar “el deseo un poco contrariado”. Henri Bergson, respecto de la relación entre intuición y conocimiento verdadero, argumenta:

Esa especie de simpatía intelectual por la que uno se traslada al interior de un objeto para coincidir con lo que tiene de único y, por consiguiente, de inexpressable, por tanto, un conocimiento no conceptual, como convicción inmediata, en el que no hay razonamiento ni inferencia, y que, sin embargo, se afirma como la forma más alta de conocimiento, la única que puede revelarnos principios esenciales.

Y Roland Barthes apunta: *Lejos de depender de una interpretación, se fundamentaría en la pluralidad estereográfica de los significantes que lo tejen.* Respecto del deseo un poco contrariado, porque el deseo no lo es sin esa incomodidad que lo define y lo causa: lo impredecible y lo indeterminado; la necesidad de “nombrarlo”, la angustia y la satisfacción de concretarlo.

Sabemos por Freud, que el arte logra conciliar opuestos: amor-odio, vida-muerte, voracidad-privación; así como bueno-malo, creyente-hereje, divino-demoníaco. En este sentido, ese espacio de conciliación, de encuentro, no podría ser sin la

“experiencia estética” que tenemos en la creación. Mónica Uribe (2005)²²⁷, en su trabajo sobre “El arte como ausencia”, nos lo explica de un modo muy elocuente:

La experiencia estética, no depende de si el objeto que experimentamos es bello, si representa de manera convincente, si ofrece un tema relevante o si nos causa placer. Por experiencia estética entiendo cierta experiencia de la obra de arte en la cual advertimos que estamos frente a un objeto que ha sido configurado poéticamente. Pero, estar frente a tal objeto no hace que lo tengamos como algo distante, pues, el otro rasgo que distingue a la experiencia estética es que conlleva una conmoción. En síntesis, este concepto de experiencia estética se encuentra delineado por la coexistencia de dos hechos estéticos mutuamente incluyentes: reconocimiento y conmoción. La experiencia estética tiene una duración imprecisa, difusa y diluida en el tiempo. Su resonancia se entreteje con otras experiencias y, sin embargo, no logra confundirse con ellas porque no es una experiencia ordinaria. Aún sin detenernos a pensarlo, la sabemos distinta. La experiencia estética es la conmoción ante lo ausente, configurado en el mundo poético irrepetible e irresistible que es la obra de arte. Estamos ante la ilusión que nos despierta no frente al vacío, sí ante la ausencia. Una ausencia, no obstante, provocadora que no engaña prometiendo mundos mejores ni recupera tiempos perdidos. Ausencia que se impone, como se impone a su manera la vida, con sus propias formas de ausencia”. No podría menos que mencionar aquí a Walter Benjamín cuando describe: el "aura" de la obra de arte como "la manifestación irrepetible de una lejanía (por cercana que pueda estar)

²²⁷ Uribe Flores, M. ALPHA Nº 21 - 2005 (219-224) *El arte como ausencia, recuperado de* http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22012005000100014

¿Qué ayuda ofrece el ArteTerapia?

El proceso terapéutico del Arteterapia no consiste solamente en dar la posibilidad de expresar ideas, sensaciones, fantasías, angustias, etc, sino que todo esto está mediatizado por el hecho mismo de hacer arte, de hacer obra. Entender las expresiones fantasmáticas, simbólicas, transferenciales, vinculares a lo largo del proceso es tan importante como el proceso de hacer arte. La reparación, el autoconocimiento y la transformación provienen también del hecho de hacer arte.

La creación de imágenes plásticas nos acerca a lo más profundo y preverbal y de este modo podemos comprender los síntomas, fantasías, problemas etc, y experimentar los afectos que están ligados. Es de destacar aquí una de las reflexiones de Ana Hernández (2006)²²⁸ en las que muestra el recorrido de lo íntimo a la participación con el otro: *las palabras escritas en las pinturas revelan un movimiento hacia el otro. Las palabras habladas son para ser escuchadas, pero las escritas en pintura no las necesitan. Puede aparecer como una idea fija que corresponde a un código particular que puede parecer inútil en la comunicación, pero que en nuestro caso, adquiere todo un significado simbólico.*

La psicoterapia por el arte es una psicoterapia que junto al dolor de la existencia o sufrimiento psíquico, también acarrea placer y autoestima en el momento de hacerlo.

Me gustaría describir algunos de los valores en la clínica del arte terapia y que serían susceptibles de un mayor desarrollo:

- ❖ **El valor de la mirada.** La mirada, lo engañoso de la mirada, el punto muerto de la mirada, el sentido en la mirada, la formación de la mirada, el ojo de la mirada. “Vemos más que vemos”. La mirada siempre deforma la realidad, la

²²⁸ Hernández Merino, A.(2006) Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. La palabra de la imagen: un caso de Arteterapia en salud mental. P. 273, UMU Servicio de Publicaciones.

realidad de los otros, la realidad del objeto puro, ya que el objeto es percibido desde la mirada emocional; la mirada crea la realidad. El objeto como tal es indiferente; lo vuelve cercano la subjetividad que nos devuelve el objeto. La mirada es también la imagen inconsciente porque en ella se juega el narcisismo, esto es, la imagen amable del desorden interior. Sabemos que el narcisismo no es amarse a sí-mismo; más bien, amarse a través de las imágenes que nos representan, y aquí vale decir, que nos representan en esa mirada del otro, en poder ser para el Otro, desde la dimensión imaginaria. El vacío de la mirada es el de la impenetrabilidad del objeto. El niño, el bebé, antes de aprehender la sustitución, no se cree la permanencia del objeto y trata de captarlo en todas sus dimensiones; por ejemplo, cuando busca detrás del espejo. El arte comienza justo “donde lo que no puede ser visto, puede ser mostrado”, (Carmen Ribés). En Arte Terapia, la mirada tiene múltiples dimensiones: la mirada del arte terapeuta, la de la obra, la de los materiales, la del encuadre. El sujeto, en arte terapia, es esa conjunción de miradas y por ello su creación es un acto creador que intenta estructurar aquello que siempre se escapa, siendo esto su verdadero valor terapéutico.

- ❖ **El valor del encuadre.** El encuadre es el espacio de seguridad de la sesión y que permite que la acción pueda ser terapéutica. El encuadre ubica los límites y condiciones en las que va a transcurrir el tratamiento y, por tanto, es lo que da la posibilidad de que el sujeto o sujetos participantes puedan sentirse en un espacio de seguridad y, por tanto, va a favorecer que los pacientes puedan tener “la construcción del espacio psíquico interno”. Lejos de ser rígido, hay que considerar que su validez es justo la permanencia de las condiciones establecidas que sujetan e incumben tanto al paciente como al arte terapeuta; en función de la dinámica de las sesiones y de la dinámica transferencial, pueden variar las condiciones establecidas en algún sentido.

En las relaciones, para que puedan funcionar, existen unos acuerdos, unas reglas que posibilitan que esa relación se dé y se desarrolle. Es probable que habitualmente estas reglas no se expliciten, no se nombren aunque los

participantes en la relación sepan, que se puede y que no se puede hacer y hasta donde se puede llegar. Que estas relaciones cotidianas funcionen, depende, en buena medida, de que se tengan en cuenta los límites. La relación terapéutica y, por tanto, el arteterapia también se desarrolla en torno a un conjunto de límites o reglas que llamamos Encuadre y que ofrecen la estructura necesaria para que la relación terapéutica sea posible. En la relación terapéutica, los límites deben ser nombrados y establecidos con claridad.

El encuadre afecta a la ordenación del espacio, a los materiales, la obra, al tiempo y al tipo de relación terapéutica que rige de acuerdo a unas reglas establecidas. No ofrece una estructura rígida; debe adecuarse al tipo de usuario a quien va dirigida la terapia y acorde con los objetivos que se establezcan.

a) Función del encuadre

El Encuadre cumple una doble función, estructural y simbólica. La función estructural hace posible la contención y elaboración de ansiedades y sentimientos que el paciente puede vivir como inadecuado. El lugar seguro que se crea, posibilita el desarrollo del proceso artístico (Espacio Potencial de Winnicott) conteniendo las ansiedades que también se pueden generar en el acto de la creación. La función estructural ampara además, el desarrollo de una relación nueva. La función simbólica da significado a los fenómenos transferenciales que aparecen en la sesión. Así como al material inconsciente que aporta el paciente.

b) Formas de encuadre

El Encuadre interno lo determina la personalidad y forma de hacer del arteterapeuta. Su formación personal y profesional serán un factor importante: proceso de terapia personal, formación teórico-práctica, supervisión continuada.

El Encuadre externo lo componen una serie de factores que intervienen en la relación terapéutica. Cada uno de ellos viene determinado por unos límites que deben conservarse durante todo el proceso para preservar así la función simbólica y estructural que cumplen. Poner a prueba en terapia los límites es un acto significativo, normalmente relacionado con el mundo interno del paciente (fantasías inconscientes, impulsos...) La tarea del terapeuta consistirá en, de una parte mantener los límites del encuadre y de otra, observar la forma en que el cliente se relaciona con dichos límites y explorar los posibles significados simbólicos que entrañe esta relación.

Cada uno de los siguientes apartados conlleva unos límites

- 1- El espacio (escenario): El espacio donde se realiza la terapia debería, a ser posible, ser siempre el mismo. No introducir variaciones en la distribución y mobiliario, un espacio que garantice la confidencialidad, decorado austeramente sin excesivos elementos innecesarios, agua disponible.
- 2- El tiempo: mantener siempre la misma duración, el mismo día de tratamiento y la misma hora. Anunciar con tiempo suficiente las vacaciones y en algún caso pactarlas. Establecer un contrato que determine el período de tiempo en el que se va a trabajar.
- 3- El material: Facilitar distintos tipos de materiales teniendo en cuenta siempre el nivel de control que conlleva cada uno.
- 4- La confidencialidad: Afecta tanto al terapeuta como a las obras artísticas:
 - El terapeuta se compromete a mantener la confidencialidad de las sesiones, esto alude a todo lo que se produce en la sesión tanto a nivel hablado como al trabajo artístico. Dicha confidencialidad se extiende a la supervisión y en determinados casos al equipo clínico.
 - Las obras artísticas son parte del acuerdo de confidencialidad, se guardan en la sala de terapia en lugar seguro el tiempo que dure el

tratamiento y no se exponen. En caso que se quieran utilizar para fines divulgativos y formativos, siempre es con el permiso explícito del paciente y preservando su identidad.

5- La posición del terapeuta: importante su neutralidad, no proporcionar información sobre sí mismo, no extender su relación con el paciente más allá de la terapia, responsable de preservar los límites, no forzar al paciente a decir o hacer nada que no desee (respeto por las defensas), ayudar al paciente a encontrar sus propias respuestas.

6- Seguridad y respeto: a las personas y a las instalaciones. El terapeuta no permitirá actos que amenacen su seguridad personal o la de del paciente.

7- Otros límites: no salir de la sala, no fumar, evitar interrupciones en las sesiones...

❖ **El valor del lenguaje.** Teniendo en cuenta que el lenguaje son símbolos para poder pensar y apropiarnos de la emoción, el lenguaje está omnipresente en la sesión. Puede provenir del arte terapeuta, del paciente, de la obra, de los materiales, de los soportes utilizados. Matizaría que otra cosa es el uso de la palabra. Esta tiene todo su sentido en dos vertientes. Por una parte, necesitamos “dar la palabra” a lo que pensamos y hacemos para terminar de encontrar sentidos; esto es claro si analizamos que la palabra fue antes que el lenguaje organizado, ya que el bebé tiene emociones que estructura con la palabra y después los organiza desde el pensamiento, desde el lenguaje interior. Algo así es lo que pasa en la sesión de arte terapia: el paciente “realiza desde lo interior” y después le pone palabras. Por otra parte, el uso de la palabra nos posibilita la experiencia de la construcción y reconstrucción a partir de ese reconocimiento entre lo ajeno y lo más íntimo, y que nos lleva a los lapsus, contradicciones, etc, es decir, nos posibilita sentir que podemos crear al no dar cuenta exacta de nosotros mismos con la palabra. En esta línea, citarí a *Duchamp*, quien rescata para el arte, el descubrimiento del

inconsciente, la experiencia de que es precisamente en el juego de las palabras, en los lapsus, en las equivocaciones de que es precisamente en el juego de palabras, en los lapsus, en las equivocaciones, donde el sentido falla, y se producen esas pequeñas diferencias que permiten la emergencia de realidades nuevas y sorprendentes. Lo novedoso en arte terapia también es ese uso medido, mediador, entretejido entre el lenguaje y la creación.

- ❖ **El valor de la interpretación.** Interpretar en arte terapia también cobra un valor nuevo: la interpretación se deriva del proceso de creación y su uso más singular y común es una propuesta creativa, otro acto creador sobre lo creado. Es más, en muchas ocasiones, la interpretación proviene del propio paciente, en el encuentro de lo inefable de sí con la obra en creación.

- ❖ **El valor de la transferencia.** La transferencia es una relación privilegiada de dos personas en una construcción de confianza, que les permite avanzar desde el cuidado y el respeto. Si profundizamos en el concepto, diría que más que una relación de dos personas, se trata de un espacio común en el que dan las condiciones para el desarrollo libre de los procesos de simbolización del paciente, siempre y cuando el psicoanalista, o en este caso, el arte terapeuta, no interrumpa ese proceso. Para que se den las condiciones adecuadas para una relación transferencial, es necesario una demanda y un profesional que acoja la demanda. Desde la relación terapéutica y transferencial, el arte terapeuta no solo ha de querer el bien-estar del paciente, sino también, el encuentro del paciente con su inquietud deseante, es decir, con su necesidad de seguir construyendo desde la incierta subjetividad. Una cuestión que posibilita esta relación transferencial es la subjetividad del arte terapeuta, su falta en ser, su deseo, sus anhelos.

- ❖ **El valor del/la arte terapeuta.** Al arte terapeuta lo caracterizan cuatro cuestiones básicas:
 - Deseo de realizar tratamientos en trastornos psicopatológicos.
 - La experiencia personal de creación como inherente a su modo de vivirse.
 - La formación adecuada en arte y en clínica psicopatológica.

- La experiencia de un psicoanálisis personal.

Arte Terapia es, rizando la metáfora, la metáfora de la creación, una poética de la creación. Lo más interesante es la incesante búsqueda de la metáfora, en ese deseo que posibilita el encuentro con lo más íntimo y desconocido de uno mismo, en el que se conjugan perfectamente la necesidad vital del otro y el deseo tonificante de “ser”. La poética la otorga el hecho de que el sujeto siempre se piensa alrededor de un vacío, un lugar sin palabra ni pensamiento que concluye en la necesidad del otro como deseo, pero que de alguna manera termina por poner un ideal a la necesidad; la poética no es sino la envoltura de la que se otorga el “yo” con la ilusión ilusionada del otro. Por esto, el proceso de arte terapia es esa envoltura en la que se acoge el sujeto llenándola de vivencias de ligazón al otro, a la ilusión de ser.

Desarrolla Lacan en su obra que el artista puede llevar de un modo intuitivo, sin saber lo que expresa, a los mismos descubrimientos que el psicoanálisis. Así, podríamos decir que el arte y el psicoanálisis, por tanto, son homólogos, porque por vías diferentes van al fondo de lo desconocido para encontrar algo nuevo.

Pero el proceso de arteterapia no es solo un proceso de envoltura, de envolvimiento; es también un proceso de “des-envoltura”, de des-envolvimiento, en el que, quiérase o no, se desatan determinados procesos que tienen que ver con nuestros modos de ligar vínculos, en el que se deben de ir ordenando y estableciendo nuevos modos de vincular, que son a fin de cuentas lo que más nos interesa: dar un paseo y viajar por los entresijos del sí-mismo, sentir el dolor de las ambivalencias y realizar un tejido con las texturas emocionales. Esto es lo verdaderamente terapéutico y valioso de la práctica del “arte terapia”.

María del Río (2004) nos dice que en realidad, cuando hablamos de creación dentro de un proceso terapéutico, nos referimos a la aparición de un elemento nuevo, que entraña o presagia un cambio, o al menos constituye una transformación; algo que puede producirse en el ámbito de lo verbal o de lo no-verbal, y que:

- No se adscribe necesariamente a uno u otro tipo de creación citados anteriormente, puede participar de varios, si bien es uno el que parece prevalecer.
- Es independiente del tipo de lenguaje
- Es interdependiente de la competencia comunicativa del sujeto
- Aparece como elemento relacional

Actualmente son numerosos los abordajes psicoterapéuticos que, desde perspectivas constructivistas y dinámicas, no sólo promueven la actividad creadora como parte del tratamiento, sino que consideran que el trabajo de elaboración psicoterapéutico constituye en sí mismo un trabajo de creación. Desde el arteterapia, es indispensable recoger este planteamiento, por cuanto el proceso de creación artística procura elementos específicos altamente significativos. Del análisis diacrónico de los procesos y producciones artísticas de los pacientes con los que trabajamos, en relación con su evolución psicopatológica, se desprende que el arteterapia se constituye como vía de abordaje terapéutico dentro del tratamiento de la enfermedad mental gracias entre otras cosas a:

- Su capacidad relacional: tiempos, experiencias, espacios...
- Su capacidad para desarrollarse entre polaridades: permanencia-cambio; descontextualización-recontextualización; interno-externo; realidad-irrealidad...
- Su capacidad para otorgar sentido: a lo inconexo; a lo extraño, a lo diferente, a lo doloroso...
- Su capacidad para simbolizar: para encontrar analogías, para re-presentar la realidad, para convertirse en parte del imaginario personal...
- Su capacidad para asumir la pérdida, el error: para entender que la configuración resultante es sólo una de las posibles, que implica necesariamente una renuncia a lo completo, al ideal.

9.1. Dinámica del Taller de Arteterapia

¿Qué ocurre en el proceso del taller de arteterapia? ¿Habría que llamarlo taller? ¿Habría que llamarlo solo arteterapia? ¿Habría que llamarlo psicoterapia a través del arte? ¿Terapia creativa?

En Arteterapia, creo, que todos pensamos que estamos haciendo algo en relación a la terapia, o, más estrictamente, terapia; es más, creo que la denominación de terapia le da cierta dirección.

Arte–Terapia es la conjunción de dos tiempos, de dos espacios indispensables para el desarrollo, para la construcción del sujeto. Esta sería otra de las cuestiones y es de la de si el sujeto viene construido, deconstruido por sus sufrimientos o estamos en permanente construcción. Los dos espacios son:

9.1.1. El arte, el espacio para la creación

El espacio que convoca a la posibilidad de lo nuevo, a la promesa de lo porvenir, a la sensación de que algo está por crear y en la obra creativa vamos a encontrar las claves para llegar a lo indecible de lo propio, para lo incomprensible del sí-mismo, para encontrar y superar los límites de las sensaciones.

¿Qué supone para el sujeto la posibilidad del espacio de creación? Creo que supone, entre otras cuestiones, las siguientes:

- * La construcción de lo externo desde lo interno
- * La construcción de lo interno desde lo externo
- * Construcción del *espacio metafórico* para poder descansar el malestar subjetivo
- * El espacio de creación también supone un espacio de protección, ya que permite “jugar a ser”, sin un compromiso fehaciente como supone la palabra.
- * Es un espacio de proyección, porque la creación está determinada por la falta en ser y tratamos de que la obra concluya esa falta en ser.

* No es un espacio para la complacencia. La complacencia es necesaria, pero no suficiente.

* Es, eminentemente, un espacio para la vivencia del compartir.

* Es el *espacio inclusivo*, donde el “o” se convierte en el “y”; una de las virtudes casi mágicas del arteterapia es que puede conjugar y poner en relación polaridades difíciles de armonizar, puede expresar la ambivalencia sin generar exclusión o angustia.

* Es el espacio de la fabricación de imágenes, donde se produce el esfuerzo de poner una imagen donde no la había, de poner una imagen a una sensación, de buscar en las emociones.

El trabajo desde las imágenes es otro registro. Como nos decía Silvia Bleichmar, se le debe al psicoanálisis la comprensión de la idea de los “*pensamientos sin sujeto*”, es decir, del *deseo como instituyente de subjetividad*. Pues bien, es ahí hacia donde se dirige el trabajo con las imágenes. Crear una imagen es dar un continente y contenido a una sensación, pero es algo más y es la creación de un nuevo vínculo.

9.1.2. Metodología de las sesiones de arteterapia

Vamos a continuar con el proceso de una sesión de AT, no de un taller que se realiza con la técnica o metodología de arteterapia y que tendría que ver más con un desarrollo creativo y que puede predisponer para el arteterapia, pero que no lo es.

Tres tiempos fundamentales de la sesión:

➤ **Primero: Tiempo de acogida.** Es el espacio que ofrecemos para que el sujeto pueda hacer un lugar al trabajo creativo de la sesión, un lugar a lo imaginario. Este tiempo es importante porque convocamos un espacio para la palabra, sin pretexto, en el que van a fluir, desde la libre asociación, las vivencias, las sensaciones, las emociones, los recuerdos, la historia, el presente, el porvenir, los miedos, las fobias, el silencio, en definitiva, es un espacio que adelanta el clima de fabricar sensaciones, predispone a la abstracción.

En este tiempo, lo que pretendemos es generar el clima para la *búsqueda en lo interior*, para la búsqueda de sensaciones y sus representaciones. Este primer tiempo, es el que predispone para abrir la puerta a la simbolización, abrir el espacio a lo posible, a lo nuevo, a lo imprevisto, a lo porvenir. Pero este espacio que se abre, no siempre es el de la ilusión, más bien, diría que en pocas ocasiones es el de la ilusión, sino más bien, el de la inquietud, del miedo, de la falta de palabra, de la imposibilidad, de la presencia de los límites. Si el espacio de lo transferencial no reúne las características suficientes para amortiguar esas ansiedades, se vuelve muy difícil o imposible transitar hacia la simbolización, hacia el trabajo de la creación. Diría que este tiempo es el de la constitución de la sesión.

Es un tiempo de trabajo de la demanda, para que transite hacia el deseo; es el tiempo en el que el Otro, transferencial, puede ocupar un lugar distinto a la omnipotencia y la angustia consecuente, para poder pasar al lugar de la escucha y de la pregunta, al lugar del deseo en ser.

Es un tiempo en el que la cuestión de la identidad subjetiva se pone en juego, pero de un modo soportable, con la inquietud suficiente para encontrar seducible el acercamiento al pensamiento, sin la predominancia de las palabras, en imágenes, y que trata de buscar un espacio más allá del sí-mismo.

En este espacio, la palabra es del sujeto o grupo, los AT ponen el deseo de que eso se produzca, pero poner el deseo no es solo querer, sino necesitar de la palabra del sujeto o del grupo para poder pensar y para poder construir la sesión. Este lugar transferencial es el lugar del “yo no pienso” del arteterapeuta para dar la posibilidad de aparición del Yo del paciente. Parece fácilmente asumible, pero no lo es tanto. Si el paciente o grupo siente eso, la sesión es una y si no, pues la sesión es otra.

Si el trabajo de la sesión es fruto de la palabra del paciente o grupo, el desarrollo de la misma va a ser distinto de si el trabajo de la sesión proviene de los AT. Creo que

esto marca una ubicación transferencial que tiene mucho que ver con la dirección de la cura y, efectivamente, la cura.

No es un tiempo para la búsqueda de la mejor propuesta creativa, no es el tiempo de profundizar en lo más creativo. Es un *tiempo donde el lenguaje falla*, donde se produce un impas en cómo pensar y cómo decir, es un tiempo para decir aquello que surge, es un tiempo de improvisación, de lo imprevisto, de lo no pensado.

Es un tiempo para trabajar la necesidad del paciente o grupo. Es un tiempo donde viene la historización de cada uno como cuestión importante.

Es un tiempo donde lo propio toma peso, donde se convoca lo singular, donde aparece toda la diferencia y la semejanza; en un espacio posibilitador para ese encuentro difícil, el de la semejanza y la diferencia.

Es el tiempo donde aparece el interrogante del “¿qué soy?” y también del interrogante mudo del “¿cómo quiero ser?”, y adelanta la búsqueda de lo interno. Lo subjetivo aquí toma todo su valor.

➤ **Segundo: Tiempo de trabajo creativo.** Es el tiempo propio de las imágenes. Debe de haber uno o varios pacientes que demandan tratamiento o que al menos se disponen a echar un rato, un tiempo, que si es posible debe de ser del suyo, para abordar desde lo indecible, desde el mundo de las imágenes, lo interior, sus sensaciones, las imágenes de sus palabras; abordar la difícil tarea de dar forma, dar imagen, a algo que no la tiene.

Esto es ya una propuesta un poco transgresora, porque estamos forzando un modo no muy usual de acercarse al mundo interno. Lo transgresor, lo novedoso, lo inquietante y en ocasiones angustioso, es que estamos forzando un espacio en el que lo que prevalece, es que se deja la prevalencia del mundo del lenguaje para pasar al de las imágenes, al de las sensaciones, al de dejarse llevar por sensaciones; ya no se busca lenguaje con el que expresar, sino imágenes para expresar.

Esta es la virtud del arteterapia. Pero no solo imágenes para expresar, sino lo que es más importante es que son *imágenes para sentir*; son imágenes, trabajos en imágenes, para buscar, para dimensionar *nuevos sentidos a sí mismo*, nuevas sensaciones, nuevos modos de emocionarse.

Creo que esta es la virtud del arteterapia y es que provocamos que el sujeto sienta la necesidad de encontrar *nuevos modos de emocionarse* y que, en definitiva, lo podemos pensar como nuevos modos de ser. Así, la sesión de arteterapia, se convierte en un espacio posibilitador de encuentros, de búsquedas, de sorpresas, de emociones.

Por eso mismo, la sesión es de por sí, a su vez, un *espacio inquietante*, un espacio que impone lo nuevo como elemento presente y, por ello, un poco angustiante.

La propuesta de la sesión de arteterapia es "*dejemos hacer a lo desconocido de uno*", "*dejemos hacer al inconsciente*". Es por excelencia lo que Winnicott denominó "*espacio potencial*", el espacio facilitador. El sujeto, en este primer tiempo de sesiones, se siente un poco desaborado. Hay un forzamiento de expresar sin palabras, de poner símbolos a las sensaciones, de "*dejarse*" llevar por los símbolos.

En muchas ocasiones, es el material, lo transferencial del material, si se puede decir así, lo que condiciona y mueve el acto creativo. Este es un tiempo en el que predomina cierta sensación de desamparo, de desprotección, de inquietud. El sujeto, tiene que sentirse amparado para poder crear, para poder construir. En ocasiones, en muchas ocasiones, el sujeto se recrea en hacer algo armónico, algo que le devuelva una sensación amable; otras, o bien no puede o bien solo puede que hacer algo con su disarmonía.

Este tiempo es otro registro de re-presentarse al habitual. Estamos forzando el registro de lo más arcaico en el psiquismo y es el de la emoción sin forma, la emoción sin ligazón representativa, la emoción incierta, imprevisible; esto es, en el

tiempo de creación nos movemos en la posible aparición de emociones imprevisibles que no pasan del todo por la voluntad y, por el contrario, son emociones que buscan la plenitud, la emoción lograda.

Esta es la fantasía inicial del trabajo creativo, el encuentro con lo logrado, con la parte faltante.

El trabajo creativo es un trabajo de construcción de realidad, de espacios para re-presentarse, de aparecer. La cuestión va a ser cómo se va a producir ese proceso de construcción de realidad.

El encuentro con lo creado siempre va a ser un poco fallido, nos va a hacer presente el punto de falla en la re-presentación, ese espacio de cierta relatividad que inevitablemente se da en la emoción, en la que siempre falta algo.

El trabajo creativo en la sesión, por su dimensión transferencial, es un trabajo de *creación de realidad subjetiva*, que tiene la virtud de tocar lo indecible y nutrirse de deseos actuales. Este es el esfuerzo especial que se le pide al sujeto en arteterapia y del que tenemos que tener consciencia de ello si queremos facilitar sus procesos de elaboración y de construcción.

El encuadre terapéutico en arteterapia, sobre todo al inicio, creo que tiene una deriva un tanto complicada y, si se me apura, perversa, ya que parece prometer lo imposible: gozar de la emoción lograda. Se le propone al sujeto un método de trabajo que le hace suponer que le llevará al núcleo de sus emociones y todo ello sin palabras, es decir, el goce en estado puro. Nada más lejos de la realidad; con lo que se encuentra el sujeto participante, el paciente, es que entra en una dinámica que, por definición, es frustrante y que la única solución es seguir trabajando, continuar resignificando y buscando nuevos sentidos a lo que no lo tenía. Esto es maravilloso si se consigue elaborar, porque eso es la salud, es decir, la construcción permanente de espacios para lograr vivir en deseo.

La obra realizada, el trabajo realizado, las imágenes logradas, tienen también su papel activo. La imagen, casi siempre, toma vida desde su primer rasgo figurativo; cuando la imagen queda realizada, ofrece a su autor una doble sensación: **ajeneidad y estímulo**. Ajeneidad porque la obra queda como con vida propia, y el autor tiene que realizar un esfuerzo para darle sentido, significado, para terminar de hacerla suya. Este tiempo es siempre frustrante, conlleva un esfuerzo y una imposibilidad: dar vida plena a lo propio, hacer propio lo externo. Estímulo porque incita a continuar dando sentido, nuevas palabras, nuevas imágenes.

Es un espacio de gran vulnerabilidad para el paciente. Es como volcar al exterior lo interno, es como hacer visible lo invisible, es delimitar lo indecible.

Es el espacio privilegiado para lo íntimo, para tocar lo más interno. A poco que la obra va creciendo, el sujeto va sintiéndose, en general, recogido, íntimo, propio.

➤ **Tercero: Tiempo de palabra.** Tiempo de argumentación, tiempo de hipótesis. Es otra exigencia del registro simbólico. El paciente se ve confrontado a tomar distancia de la obra y mirarla desde el lenguaje, suponerle cosas, lanzar hipótesis, suponerle afectos, en definitiva, hacerla propia.

Una vez realizada la obra, se produce la sensación de pérdida de la misma, de cierta ajeneidad. Lo que se pierde no es tanto su autoría, como el vínculo; mientras se realiza la obra, el vínculo puesto en juego es el goce de la experiencial emocional, por el goce de lo lúdico, por la tensión interna de las emociones sin palabra. Ponerle argumento, causalidad, lenguaje a la obra, sitúa al paciente en una dimensión distinta, en la dimensión de objetivar lo interno, darle un argumento consciente, cabal, aceptable, limitado; es esto difícil, bien difícil.

Vuelve a ser este un espacio de frustración por doble partida. Por una parte, la obra realizada, ahora vista, queda un poco ajenizada y nos encontramos con la sensación de que algo de uno se ha quedado en el proceso de creación y eso es irrecuperable; es decir, ver la obra nos confronta con la vivencia de la pérdida, además del sentido

del logro que nos pueda producir su realización. Por otra, el lenguaje no da de sí, no está a la altura de lo esperado, tampoco las sensaciones nos dicen ahora todo lo que quisiéramos; en ese sentido, el proceso de dar consciencia a lo imprevisto que surge en la obra, se vuelve ahora limitado.

Este tiempo nos confronta con la limitación del lenguaje, así como con la limitación de incorporar. Tenemos la necesidad de incorporar la pérdida que sentimos en la simbolización. Porque simbolizar no es otra cosa que poner en dinamismo la pérdida; este concepto es crucial para ubicar qué hacemos en Arteterapia.

Este es el tiempo para que la obra sea conmemorada, tome el valor de lo sublime, de lo interrogante, de lo por-decir, de lo por-venir, de lo indecible, de la relativización de lo posible, del valor del enigma que nos da la posibilidad de ser.

Este es el tiempo en el que el paciente se ve confrontado con su autoría, con la responsabilización de la autoría, lo indelegable, lo propio y que a su vez le es extraño. Hablar de la obra es como firmarla, es vivir algo más que la representación, es vivir lo relativo del nombre propio, es vivir que en la autoría hay algo que se escapa, que perdemos y que pertenece al mundo de los otros, de los sentidos de los otros.

Hay que tratar la obra como con valor propio, de tal modo, que se debe de producir como un diálogo vivo con la obra. No es solo lo que nos transmite, lo que asociamos, lo que sentimos, etc, creo que lo importante para el sujeto es dejarse preguntar por la obra, dejarse un tiempo de diálogo interno, de sorprenderse con la visión de la obra, dejarla hablar y a partir de ahí, continuar asociando y reconstruyendo historia.

Es sentir que la obra nos apela profundamente. Es sentirnos afectados por ella, nos detenemos, cortamos el ajetreo cotidiano para ver algo que hasta entonces no habíamos visto.

Otro factor importante aquí es el valor del tiempo de respuesta, de verbalización, de dar tiempo, de dar tiempo a la obra. El silencio que se produce es un silencio muy evocador.

9.1.3. Lo terapéutico

Este es el otro pilar del Arteterapia. ¿Cómo es esto de la terapia, de los efectos terapéuticos? ¿Buscamos calmar el malestar? ¿Buscamos la rectificación subjetiva? Es un tema que nos ocupa, yo diría que desde los mismos inicios del trabajo con la terapia a través del arte o de la utilización del arte como terapia.

En principio, diría que lo fundamental de la AT es el proceso creativo y lleva inexorablemente a la simbolización. Podríamos decir que la AT es una simbolización acompañada por el arteterapeuta.

El Arteterapia es el acompañamiento terapéutico de personas, generalmente con sufrimiento psíquico, por medio de la producción de obras artísticas.

Nos volvemos a encontrar con dos planteamientos conceptuales y que tienen sus diferencias: Psicoterapia por el arte o Artepsicoterapia, y el Arte como Terapia.

A modo de referencia, voy a ofrecer dos definiciones paradigmáticas de ambas posiciones teóricas.

Definiendo la *Psicoterapia por el Arte*, tenemos a la Asociación Británica de Arteterapia (2010): “Una forma de psicoterapia que utiliza los medios artísticos como su modo de comunicación primario. Los clientes que se remiten a un arte terapeuta no necesitan tener experiencia en arte, ni se busca como principal actividad la estética, sino que el objetivo es permitirle al cliente cambiar y crecer a nivel personal a través del uso de materiales de arte en un ambiente seguro y facilitador”.

Dentro del enfoque del *Arte como Terapia*, encontramos la definición de la Asociación Americana de Arteterapia (2010) que dice: el Arteterapia es una disciplina para la salud mental que usa el proceso creativo artístico para mejorar y reforzar el bienestar físico, mental y emocional de individuos de todas las edades. El proceso creativo implicado en la autoexpresión artística ayuda a las personas a resolver conflictos, problemas, desarrollar habilidades interpersonales, manejo de la conducta, reducción del stress, aumento de autoestima, y que la persona pueda conocerse a sí misma y lograr un insight. La Terapia a través del arte, conocida como Arteterapia (Terapia artística, Terapia creativa o configurativa también), consiste en el uso de las artes visuales con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que las representaciones visuales, objetivadas a través del material plástico, contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, favoreciendo su resolución. La representación plástica sería, desde este punto de vista, un proceso de construcción del pensamiento.

Otra definición general podría ser también: el arteterapia es un acompañamiento de personas en dificultades psicológicas a través de sus producciones artísticas. Este trabajo sutil que toma las vulnerabilidades como material, busca menos descubrir los significados inconscientes que las producciones que le permiten recrearse él mismo, crearse de nuevo, en un trayecto simbólico de creación en creación. El arteterapia es así, el arte proyectarse en una obra como un mensaje enigmático en movimiento y trabajar en esta obra para trabajar en sí mismo.

Vemos como en cualquier definición de AT, el trabajo con y desde la imagen es fundamental. Retomando lo que la imagen tiene como elemento constitutivo del sujeto psíquico, en Arteterapia, desde la vertiente psicoterapéutica, debería de buscarse no tanto la imagen que me representa sino lo que la imagen habla de lo que falta en mí, lo distinto de mí, la desidentificación, lo nuevo, lo emergente, lo diferente. Creo que esta es la diferencia entre creatividad y creación, tal y como veremos más adelante.

Desde ese punto de vista, entonces, el material fundamental de trabajo en Arteterapia es aquello que da origen a la subjetividad y que es irrepresentable. Por ello, el eje central en Arteterapia es la simbolización.

Vamos a esbozar un poco el tema de la simbolización, pero que sin duda es un tema que precisa de mucha más profundización y creo que muy necesaria para conceptualizar el arteterapia.

9.2. El proceso creativo: Creatividad y Creación

Por creatividad se entiende a la facultad que alguien tiene para crear y a la capacidad creativa de un individuo. Consiste en encontrar procedimientos o elementos para desarrollar labores de manera distinta a la tradicional, con la intención de satisfacer un determinado propósito. La creatividad permite cumplir deseos personales o grupales de forma más veloz, sencilla, eficiente o económica. El proceso creativo es una de las potencialidades más elevadas y complejas de los seres humanos, éste implica habilidades del pensamiento que permiten integrar los procesos cognitivos menos complicados, hasta los conocidos como superiores para el logro de una idea o pensamiento nuevo.

Cualquier intento de definir la creatividad es complejo y sus conceptualizaciones han ido variando y complementándose a lo largo del tiempo. En el apartado siguiente mostramos distintas definiciones²²⁹:

Weithermer (1945)

“El pensamiento productivo consiste en observar y tener en cuenta rasgos y exigencias estructurales. Es la visión de verdad estructural, no fragmentada”.

²²⁹ Esquivias, S. M. T. y Muriá, V. I. (2001) “Una evaluación de la creatividad en la Educación Primaria.” Revista Digital Universitaria. 1 de enero de 2001, <<http://www.revista.unam.mx/vol.1/num3/art1/>>

Guilford (1952)

“La creatividad, en sentido limitado, se refiere a las aptitudes que son características de los individuos creadores, como la fluidez, la flexibilidad, la originalidad y el pensamiento divergente”.

Thurstone (1952)

“Es un proceso para formar ideas o hipótesis, verificarlas y comunicar los resultados, suponiendo que el producto creado sea algo nuevo”.

Osborn (1953)

“Aptitud para representar, preveer y producir ideas. Conversión de elementos conocidos en algo nuevo, gracias a una imaginación poderosa”.

Barron (1955)

“Es una aptitud mental y una técnica del pensamiento”.

Flanagan (1958)

“La creatividad se muestra al dar existencia a algo novedoso. Lo esencial aquí está en la novedad y la no existencia previa de la idea o producto. La creatividad es demostrada inventando o descubriendo una solución a un problema y en la demostración de cualidades excepcionales en la solución del mismo”.

May (1959)

“El encuentro del hombre intensamente consciente con su mundo”.

Fromm (1959)

“La creatividad no es una cualidad de la que estén dotados particularmente los artistas y otros individuos, sino una actitud que puede poseer cada persona”.

Murray (1959)

“Proceso de realización cuyos resultados son desconocidos, siendo dicha realización a la vez valiosa y nueva”.

Rogers (1959)

“La creatividad es una emergencia en acción de un producto relacional nuevo, manifestándose por un lado la unicidad del individuo y por otro los materiales, hechos, gente o circunstancias de su vida”.

Mac Kinnon (1960)

“La creatividad responde a la capacidad de actualización de las potencialidades creadoras del individuo a través de patrones únicos y originales”.

Getzels y Jackson (1962)

“La creatividad es la habilidad de producir formas nuevas y reestructurar situaciones estereotipadas”

Parnes (1962)

“Capacidad para encontrar relaciones entre ideas antes no relacionadas, y que se manifiestan en forma de nuevos esquemas, experiencias o productos nuevos”.

Ausubel (1963)

“La personalidad creadora es aquella que distingue a un individuo por la calidad y originalidad fuera de lo común de sus aportaciones a la ciencia, al arte, a la política, etcétera”.

Freud (1963)

“La creatividad se origina en un conflicto inconsciente. La energía creativa es vista como una derivación de la sexualidad infantil sublimada, y que la expresión creativa resulta de la reducción de la tensión”.

Bruner (1963)

“La creatividad es un acto que produce sorpresas al sujeto, en el sentido de que no lo reconoce como producción anterior”.

Drevdahl (1964)

“La creatividad es la capacidad humana de producir contenidos mentales de cualquier tipo, que esencialmente puedan considerarse como nuevos y desconocidos para quienes los producen”.

Stein (1964)

“La creatividad es la habilidad de relacionar y conectar ideas, el sustrato de uso creativo de la mente en cualquier disciplina”.

Piaget (1964)

“La creatividad constituye la forma final del juego simbólico de los niños, cuando éste es asimilado en su pensamiento”.

Mednick (1964)

“El pensamiento creativo consiste en la formación de nuevas combinaciones de elementos asociativos. Cuanto más remotas son dichas combinaciones más creativo es el proceso o la solución”.

Torrance (1965)

“La creatividad es un proceso que vuelve a alguien sensible a los problemas, deficiencias, grietas o lagunas en los conocimientos y lo lleva a identificar dificultades, buscar soluciones, hacer especulaciones o formular hipótesis, aprobar y comprobar estas hipótesis, a modificarlas si es necesario además de comunicar los resultados”.

Gutman (1967)

“El comportamiento creativo consiste en una actividad por la que el hombre crea un nuevo orden sobre el contorno”.

Fernández (1968)

“La creatividad es la conducta original productora de modelos o seres aceptados por la comunidad para resolver ciertas situaciones”.

Barron (1969)

“La creatividad es la habilidad del ser humano de traer algo nuevo a su existencia”.

Oerter (1971)

“La creatividad representa el conjunto de condiciones que proceden a la realización de las producciones o de formas nuevas que constituyen un enriquecimiento de la sociedad”.

Guilford (1971)

“Capacidad o aptitud para generar alternativas a partir de una información dada, poniendo el énfasis en la variedad, cantidad y relevancia de los resultados”.

Ulmann (1972)

“La creatividad es una especie de concepto de trabajo que reúne numerosos conceptos anteriores y que, gracias a la investigación experimental, adquiere una y otra vez un sentido nuevo”.

Aznar (1973)

“La creatividad designa la aptitud para producir soluciones nuevas, sin seguir un proceso lógico, pero estableciendo relaciones lejanas entre los hechos”.

Sillamy (1973)

“La disposición para crear que existe en estado potencial en todo individuo y en todas las edades”.

De Bono (1974)

“Es una aptitud mental y una técnica del pensamiento”.

Dudek (1974)

“La creatividad en los niños, definida como apertura y espontaneidad, parece ser una actitud o rasgo de la personalidad más que una aptitud”

Wollschlager (1976)

“La creatividad es como la capacidad de alumbrar nuevas relaciones, de transformar las normas dadas de tal manera que sirvan para la solución general de los problemas dados en una realidad social”.

Arieti (1976)

“Es uno de los medios principales que tiene el ser humano para ser libre de los grilletes, no sólo de sus respuestas condicionadas, sino también de sus decisiones habituales”.

Torrance (1976)

“Creatividad es el proceso de ser sensible a los problemas, a las deficiencias, a las lagunas del conocimiento, a los elementos pasados por alto, a las faltas de armonía, etc.; de resumir una información válida; de definir las dificultades e identificar el elemento no válido; de buscar soluciones; de hacer suposiciones o formular hipótesis sobre las deficiencias; de examinar y comprobar dichas hipótesis y modificarlas si es preciso, perfeccionándolas y finalmente comunicar los resultados”.

Marín (1980)

“Innovación valiosa”.

Pesut (1990)

“El pensamiento creativo puede ser definido como un proceso metacognitivo de autorregulación, en el sentido de la habilidad humana para modificar voluntariamente su actividad psicológica propia y su conducta o proceso de automonitoreo”.

De la Torre (1991)

“Capacidad y actitud para generar ideas nuevas y comunicarlas”.

Davis y Scott (1992)

“La creatividad es, el resultado de una combinación de procesos o atributos que son nuevos para el creador”.

Gervilla (1992)

“Creatividad es la capacidad para generar algo nuevo, ya sea un producto, una técnica, un modo de enfocar la realidad”.

Mitjás (1995)

“Creatividad es el proceso de descubrimiento o producción de algo nuevo que cumple exigencias de una determinada situación social, proceso que, además tiene un carácter personalógico”.

Csikszentmihalyi (1996)

“La creatividad es cualquier acto, idea o producto que cambia un campo ya existente, o que transforma un campo ya existente en uno nuevo”.

Pereira (1997)

“Ser creador no es tanto un acto concreto en un momento determinado, sino un continuo ‘estar siendo creador’ de la propia existencia en respuesta original... Es esa capacidad de gestionar la propia existencia, tomar decisiones que vienen ‘de dentro’, quizá ayudadas de estímulos externos; de ahí su originalidad”.

Esquivias (1997)

“La creatividad es un proceso mental complejo, el cual supone: actitudes, experiencias, combinatoria, originalidad y juego, para lograr una producción o aportación diferente a lo que ya existía”.

López y Recio (1998)

“Creatividad es un estilo que tiene la mente para procesar la información, manifestándose mediante la producción y generación de situaciones, ideas u objetos

con cierto grado de originalidad; dicho estilo de la mente pretende de alguna manera impactar o transformar la realidad presente del individuo”.

Rodríguez (1999)

“La creatividad es la capacidad de producir cosas nuevas y valiosas”.

Togno (1999)

“La creatividad es la facultad humana de observar y conocer un sinnúmero de hechos dispersos y relacionados generalizándolos por analogía y luego sintetizarlos en una ley, sistema, modelo o producto; es también hacer lo mismo pero de una mejor forma”.

De la Torre (1999)

“Si definir es rodear un campo de ideas con una valla de palabras, creatividad sería como un océano de ideas desbordado por un continente de palabras”.

Gardner (1999)

“La creatividad no es una especie de fluido que pueda manar en cualquier dirección. La vida de la mente se divide en diferentes regiones, que yo denomino ‘inteligencias’, como la matemática, el lenguaje o la música. Y una determinada persona puede ser muy original e inventiva, incluso iconoclasticamente imaginativa, en una de esas áreas sin ser particularmente creativa en ninguna de las demás”.

Goleman, Kaufman y Ray (2000)

“...contacto con el espíritu creativo, esa musa esquiva de las buenas –y a veces geniales- ideas.”

Matisse(s. f.)

“Crear es expresar lo que se tiene dentro de sí”.

Gagné(s. f.)

“La creatividad puede ser considerada una forma de solucionar problemas, mediante intuiciones o una combinación de ideas de campos muy diferentes de conocimientos”.

Acuña (s. f.)

“La creatividad es una cualidad atribuida al comportamiento siempre y cuando éste o su producto presenten rasgos de originalidad”.

Grinberg

“Capacidad del cerebro para llegar a conclusiones nuevas y resolver problemas en una forma original. Se relaciona con la efectiva integración de ambos hemisferios cerebrales.”

Bianchi

“Proceso que compromete la totalidad del comportamiento psicológico de un sujeto y su correlación con el mundo, para concluir en un cierto producto, que puede ser considerado nuevo, valioso y adecuado a un contexto de realidad, ficción o idealidad”.

Cuadro 1. Autores y definiciones del concepto de 'creatividad'²³⁰

Weithermer (1945)	Rogers (1959)	Piaget (1964)	Aznar (1973)	De la Torre (1991)	Togno (1999)
Guilford (1952)	Mac Kinnon (1960)	Mednick (1964)	Sillamy (1973)	Davis y Scott (1992)	De la Torre (1999)
Thurstone (1952)	Getzels y Jackson (1962)	Torrance (1965)	De Bono (1974)	Gervilla (1992)	Gardner (1999)
Osborn (1953)	Parnes (1962)	Gutman (1967)	Dudek (1974)	Mitjás (1995)	Goleman, Kaufman y Ray (2000)
Barron (1955)	Ausubel (1963)	Fernández (1968)	Wollschlager (1976)	Csikszentmihalyi (1996)	Matisse (s.f.)
Flanagan (1958)	Freud (1963)	Barron (1969)	Arieti (1976)	Pereira (1997)	Gagné (s.f.)
May (1959)	Bruner (1963)	Oerter (1971)	Torrance (1976)	Esquivias (1997)	Acuña (s.f.)
Fromm (1959)	Drevdahl (1964)	Guilford (1971)	Marín (1980)	López y Recio (1998)	Grinberg
Murray (1959)	Stein (1964)	Ulmann (1972)	Pesut (1990)	Rodríguez (1999)	Bianchi

(Tomado de Esquivias 2001, pp. 2-7)

Uno de los principales exponentes del tema es Guilford, quien a mediados del siglo XX propone el término de creatividad y postula que ésta y la inteligencia no son lo mismo, señalando que ambas son habilidades homólogas pero diferentes. Para este teórico, la 'creatividad', es entendida como una forma distinta de inteligencia, así, Guilford la denomina: '*pensamiento divergente*' en contraposición al '*pensamiento convergente*', que tradicionalmente se media en las pruebas (test) más comunes de inteligencia. Marcó la distinción entre el pensamiento convergente y divergente. Desde ese momento, la creatividad se ha considerado como un elemento esencial en cualquier estudio formal referido al intelecto humano

²³⁰ Esquivias, S. M. T. y Muriá, V. I. (2001) "*Una evaluación de la creatividad en la Educación Primaria.*" Revista Digital Universitaria.

En cuanto a las dimensiones de la creatividad, Taylor (1959)²³¹, profundiza en ellas, determinando estas dimensiones en niveles de profundidad: nivel expresivo, productivo, de originalidad, renovador y supremo; así, sitúa a la creatividad como la máxima capacidad inteligente.

Torrance²³² se aboca a estudiar las causas del desarrollo de la creatividad en los niños, especialmente en los ambientes educativos, analizando las causas que reprimen la creatividad y buscando las características del niño creativo. En torno a lo anterior, concluye que los niños creativos son vistos como 'atípicos', tanto por sus profesores como por sus compañeros de clase, por lo que generalmente, tanto sus maestros como sus compañeros de una forma u otra, los reprimen. En este sentido, realizó un estudio de tipo longitudinal, que duró 12 años, durante los cuales aplicó una prueba a 392 alumnos de nivel de secundaria, logrando demostrar que los niños creativos son más exitosos profesionalmente y se desempeñan en mejores trabajos.

Por su parte, Kubie (1958)²³³ demuestra a diferencia de como se pensaba: 'que las personalidades creativas obedecían a procesos de naturaleza psicótica', no ocurría así necesariamente, debido a que estos procesos son rígidos y evaden el plano de la realidad. Asimismo, Torrance confirmó estos resultados en estudios que llevó a cabo con esquizofrénicos, dejando claro que las personas psicóticas pueden manifestar una gran fantasía, pero no creatividad. Igualmente, Kubie argumenta que la creatividad no se da en los procesos rígidos del inconsciente ni en el super yo, sino que se da en una zona intermedia que es el subconsciente, en donde lo racional y lo irracional coinciden.

Guilford (1950) y Dedboud (1992)²³⁴, han sugerido ocho como las habilidades que componen la creatividad. Guilford demostró además, que la creatividad y la inteligencia son cualidades diferentes. Estas habilidades son:

²³¹ www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art4/ene_art4.pdf, p. 8

²³² *Ibidem*, p. 9

²³³ *Ibidem*, p. 9

²³⁴ <http://expresivalaura.blogspot.com.es/2013/02/el-proceso-creativo.html>

1. *Sensibilidad para los problemas*
2. *Fluidez*
3. *Flexibilidad*
4. *Originalidad*
5. *Redefinición*
6. *Análisis*
7. *Síntesis*
8. *Penetración*

Torrance (1978)²³⁵, basándose en la educación escolar y familiar, sugiere como claves confiables de la creatividad:

- *La curiosidad*
- *La flexibilidad*
- *La sensibilidad ante los problemas*
- *La redefinición*
- *La confianza en sí mismo*
- *La originalidad*
- *La capacidad de perfección*

Otra concepción de ser abordada la creatividad es la propuesta por Rogers, quien reconoce un censor interno para reconocer (evaluar) la manifestación del pensamiento divergente en este sentido, así para el individuo creativo, el valor de un producto no lo determina el medio (crítica o reconocimiento), lo determina el auto análisis, es decir preguntándose: ¿es satisfactorio lo que he creado?, ¿expresa algo de mí?, ¿estoy aportando algo?, etc. Estos serían entonces los indicadores o preguntas importantes para el creador o para una persona que viva este proceso creativo.

Sternberg (1985)²³⁶, llevó a cabo una investigación que intentó determinar las teorías implícitas sobre la creatividad, la inteligencia y la sabiduría. Los participantes

²³⁵ <http://www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art4/art4-2g.htm>

en este estudio eran personas populares y un grupo de físicos, filósofos, artistas y empresarios, de los cuales obtuvo opiniones sobre su opinión de la creatividad y las analizó concluyendo. Definían al creativo con ocho componentes:

- *Persona capaz de ver las cosas de manera nueva*
- *Integrado e intelectual*
- *Gusto estético e imaginación*
- *Habilidad para tomar decisiones*
- *Perspicacia (agudeza de percepción y comprensión)*
- *Fuerza para el logro*
- *Curiosidad*
- *Intuición*

Por otra parte, Csikszentmihalyi (1998), autor de innumerables investigaciones, ha generado una propuesta ambiental la cual se basa en la teoría de sistemas. Ha dedicado más de treinta años a las investigaciones que versan sobre estudios del individuo creativo (como viven y trabajan), para lo que ha trabajado con alumnos de algunas escuelas de arte visual. Señala que las personas creativas son seres complejos, seres que son:

- ❖ *Enérgicos y tranquilos,*
- ❖ *Inteligentes e ingenuos,*
- ❖ *Disciplinados e irresponsables,*
- ❖ *Imaginativos y realistas,*
- ❖ *Orgullosos pero humildes,*
- ❖ *Rebeldes y conservadores, etc.*

En sus aportaciones, apunta que *las personas creativas tienen una 'complejidad de personalidad', es decir, que tienen varias opciones de personalidad. Por lo que pueden ser extrovertidos o bien introvertidos, rompen lo establecido pero también*

²³⁶ lbdm

suelen ser muy tradicionales, así todas estas polaridades como este autor señala, se integran en el trabajo de las personas creativas. Algunas de estas personas son al mismo tiempo muy rebeldes e iconoclastas.

Un tema no de nada fácil resolución es la evaluación de la creatividad. Es una tarea compleja ya que implica no solo rasgos cognitivos sino también de personalidad, pudiendo, entonces, evaluarse desde diversos métodos. Es fácil deducir que el nivel intelectual no es suficiente para predecir la creatividad. Es por ello que para su evaluación es necesario correlacionar distintos componentes de la personalidad, no buscando siempre una estricta correlación.

En España, también han sido varios los intentos de evaluar, de manera formal, la creatividad. Entre las pruebas más conocidas y comercializadas se encuentran tres:

- Test de Abreación para la Evaluación de la Creatividad (TAEC): Creada por De La Torre (1996), es el primer test baremado de creatividad que existe en España, se puede obtener una fiable puntuación de creatividad gráfica, aunque pasando por una complicada corrección.

- Prueba de Imaginación Creativa (PIC) de Artola, T., Ancillo, I., Mosteiro, P. y Barraca, J. (2004, 2008 y 2012) cuya fundamentación teórica se encuentra más en consonancia con los trabajos de Torrance. Supone un instrumento completo y fiable para la medida de la creatividad, tanto verbal como gráfica y consta de tres niveles separados por las edades de los sujetos.

- Test de Inteligencia Creativa (CREA), elaborada por Corbalán, F. J., Martínez, F., Donolo, D., Alonso, C., Tejerina, M. y Limaña, M. R. (2003) y baremada con un espectro amplio de edades (desde los seis años hasta adultos). Se trata de una prueba sencilla que nos permite conocer, de manera fiable, tan solo el índice de fluidez verbal de las personas evaluadas, tratándose de un aspecto concreto de la creatividad verbal. Destacaría esta última, debido a su fácil aplicación, su formulación estimulante y la claridad de conceptos que permite.

9.3. Creación y procesos de simbolización

Es abundante la teorización sobre la simbolización; no en vano, es el elemento clave para lograr la elaboración del malestar y del sufrimiento. Creemos importante destacar los aportes de Fiorini (1999) que, sustentado en Winnicott, y en paralelo a Green, desarrolla un argumento sobre procesos de simbolización que denomina “procesos terciarios”. Sobre ello, desarrolla la idea de que ... *los procesos terciarios son aquellos que pueden, con intervención de la conciencia, unir en la paradoja o sostener ligado lo que se rechaza. Éste es el carácter de novedad de la tarea analítica, que, al generar nuevas inscripciones, produce nueva subjetividad. ... Lo irrepresentable es entonces, en sus diferentes versiones, lo que estando apartado, escindido del comercio asociativo y de toda transacción, además conserva su eficacia para producir efecto [... Considero formaciones de proceso terciario a estas formas de organización del pensamiento:*

- *Que articulan y distinguen espacios de: dado, imposible y posible;*
- *Que desorganizan formas constituidas y trabajan la reorganización de nuevas formas o nuevos sentidos;*
- *Que convocan elementos en sus diferencias, enlazan sus oposiciones haciéndolas converger a la vez que divergen, arborizando con estas formas, redes de sentido;*
- *Que constituyen así objetos abiertos a múltiples significaciones;*
- *Y que hacen coexistir en ellos diferentes formas de temporalidad”.*

Para Fiorini, el proceso terciario permite trascender los procesos primarios y secundarios del pensamiento. Sostiene que si lo nuevo es lo que en un tiempo anterior no tenía existencia y ahora la tiene, es porque estaba fuera del preconsciente, pero no por estar reprimido, sino por no haber tenido nunca representación. De allí que la noción de creación adquiere una dimensión fuerte cuando pensamos estos problemas desde el campo de lo irrepresentable.

En una entrevista con R. Urribarri (1998), Green describe que el concepto de procesos terciarios viene a explicar de un modo fácil lo que llama *la transicionalidad*

interna intrapsíquica, es decir, la posibilidad de que el sujeto se encuentre en condiciones de realizar vínculos tanto desde lo inconsciente como desde la realidad. Arguye que ello es posible gracias a la plasticidad que necesita el psiquismo para su desarrollo y a esa plasticidad se le llama proceso terciario.

Las concepciones de H. Bleichmar (1999) sobre la estructura modular de los procesos inconscientes, constituyen un aporte teórico-clínico que entendemos vinculado también al campo de lo escindido. Este autor señala que *el inconsciente, lejos de tener una uniformidad, se desarrolla como se constituye, es decir, de modos múltiples de encontrar ligazón y resignificación, haciendo referencia a lo inmovilizable, a lo inexpresable como motor del inconsciente.*

Es preciso que profundicemos en cómo entendemos dos conceptos que se utilizan casi indistintamente, pero que, sin embargo, tienen un origen y unas consecuencias diferentes: la creatividad y la creación.

Hablamos de Creatividad para expresar la potencialidad del psiquismo de crear objetos de satisfacción para tolerar la ausencia objetal. En términos Winicotianos, diríamos que ello implicaría una madre suficientemente buena que de la capacidad de nombrar su ausencia.

Hablamos de Creación para expresar esa fuerza que lleva a seguir creando más allá del objeto de satisfacción y que apunta a lo irrepresentable. Podríamos decir que sin eso no hay creatividad, pero que la creatividad apunta más a lo imaginario y la creación se entrelaza fundamentalmente entre lo real y lo simbólico, teniendo que agarrar lo imaginario para representar. En el decir de Fiorini, la mayor y más profunda *creación*, en el sentido de gestación de lo *nuevo*, proviene de darle nombre y posibilidad transformadora a lo irrepresentable, que en última instancia es efecto de lo traumático.

Rubén Zukerfeld (1999)²³⁷ nos aclara de un modo sucinto, la dinámica original de los procesos terciarios: *Ante la necesidad de significación que domina la psique, nos encontramos que siempre hay algo que no se puede representar. En el proceso de construcción psíquica, desde la creación, eso que no se podía nombrar ni representar, adquiere una significación desconocida antes. Es la presencia del otro en el sentido de sostén del impacto que es lo que da lugar a que la descarga escindida pierda su eficacia traumática y adquiera cualidad. Este proceso se hace en presencia y junto a otro y es claro que ambos se modifican porque algo de lo irrepresentable adquiere una representación que nunca tuvo. Así es que entendemos que esta forma de implicación constituye un verdadero proceso creador para el psiquismo en el sentido de lo nuevo generador de nueva subjetividad. Es a este proceso al que consideramos realmente como terciario en el sentido más fuerte del término porque se trataría de invertir lo nunca investido.*

Al decir de Winnicott, y a la postre de todos los clínicos de después, la creatividad es la génesis de la creación y, como bien lo describió, la creación sólo se puede dar a través de la vinculación con el objeto. Y a partir de ahí, la creación la podemos considerar como la manifestación de una realidad vincular, colectiva, en la que se construye un argumento para poder ser y, a su vez, vamos re-creando nuestra realidad. Rubén Zukerfeld continúa argumentado:

Esto hace pensar que no es posible pensar solo en términos de procesos primarios o secundarios el funcionamiento psíquico. En realidad conviene precisar que, además, proceso primario saturado correspondería a la clínica del impulso y del desorden del pensamiento y el proceso secundario saturado a la clínica de la intelectualización y la palabra vacía²³⁸.

En relación al concepto de creación, retomando el concepto de Freud de *Más allá del principio del placer*, hay un más allá de la experiencia de satisfacción y que es lo que nos hace continuar en la búsqueda de nuevas experiencias de satisfacción. Esto

²³⁷ <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000253&a=Procesos-terciarios>

²³⁸ *Ibidem*

es lo que llamamos lo irrepresentable. Lo irrepresentable es entonces aquello que no por desconocido pierde su eficacia en producir efectos. La creación, dice Green (2005)²³⁹, *es en realidad una construcción colectiva en el sentido de otro a quien decir, con quien construir un relato y / o realizar una acción transformadora ... pero creación es, además, la realización de gestos espontáneos y compartidos que permitan construir sobre lo inexistente.*

A tenor de lo expuesto, podemos decir que el trabajo de la creación se da en un marco que resulta imposible su transferencia como experiencia. Podemos entender entonces que la creatividad vendría del lado de las asociaciones provenientes de los vínculos y la creación vendría del lado de lo no existente, de lo no representable, de lo desconocido, de la tensión propia de no saber qué se hace pero que nos incita inexorablemente a repetir y a ir un poco más allá de la repetición. Es así que podemos entender que el aspecto más profundo de la creación, desde la perspectiva de lo nuevo, se genera a partir de darle nombre y posibilidad transformadora a lo no representable y que en definitiva es efecto de lo traumático.

El trabajo de creación es ante todo un “ir hacia....” nos dice Octavio Paz²⁴⁰ (1956); *es un espacio a llenar, una dirección de búsqueda en que lo inmaterial se hace esencial para representar lo que no existe, para hacer presente lo ausente y, finalmente, para incluirlo.*

El trabajo de creación, que proviene de un vacío, siempre pasa por un momento de duelo, por ese espacio que queda entre lo representado y la necesidad de representar, por ese agujero pulsional que determina una sensación, en cierto modo, agónica, pero que redirige todo un potencial de energía que permite sostener la ausencia, lo no pudo ser y lo que falta por resignificar.

²³⁹ Uribarri, Fernando. Green, André. . *El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario*. Publicado en Revista de Psicoanálisis, Vol. 69 (1), 2012. <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211412.pdf>

²⁴⁰ Amit Rojas, Jeanette. *El trabajo de creación: una creación que trabaja. Teorías implícitas elaboradas por creadores artísticos*. Actualidades en Psicología, Vol. 18, No. 105, 2002

Es muy oportuno reseñar a Schaverien en una explicación muy esclarecedora sobre esto de la creatividad y la creación a partir de las imágenes. Hace una diferenciación entre imagen esquemática y encarnada.

La **imagen esquemática** es una imagen que suele ser rudimentaria o lineal y se hace dirigida a el/la arteterapeuta, desde la relación transferencial con el/la terapeuta. Aunque puede ser muy importante en el sentido de revelar recuerdos, asociaciones, no cambia nada en la psique del creador.

La **imagen encarnada** es aquella que es *formativa en el psiquismo*. En su fabricación se cambia algo en la psique del creador. Articula estados para los que no hay palabras. Por lo tanto, las palabras no pueden sustituir dicha imagen.

9.4. Simbolización y representación

“Simbolizar no es otra cosa que poner en dinamismo la pérdida”. ¿Hacia dónde se dirige entonces la simbolización? Simbolizar es sustituir, reemplazar, desplazar. No existe un acuerdo en la literatura psicoanalítica respecto a qué es lo que se simboliza. Existen dos líneas de pensamiento sobre la simbolización. Podemos pensar junto a Laplanche (2003) que la simbolización tiene una doble cara:

- Siendo por una parte simbolización de una representación o bien de un contenido representativo.
- Pero a la vez puede también pensarse la simbolización como fijación de un afecto, o bien ligazón de un afecto.

Vemos entonces que la simbolización es el eje que une la ligazón entre un afecto y una representación, justo por la carga de angustia que supone al psiquismo una sensación, es decir, un afecto, sin su correspondiente representación. La angustia deriva de la energía, que podríamos llamar, desbocada que resta de lo no significado.

Justamente, la importancia del proceso de simbolización es la fuerza que permita resignificar símbolos, siendo así susceptible de articularse a la palabra. Sobre esto hace énfasis Lacan (1962-1963) cuando menciona que (...) *lo que he dicho del afecto es que no está reprimido. Esto Freud lo dice igual que yo. Está desarraigado, va a la deriva. Lo encontramos desplazado, loco, invertido, metabolizado, pero no está reprimido. Lo que está reprimido son los significantes que lo amarran.*

Frente a esta dicotomía respecto a la función y operatividad del símbolo, Abraham y Torok (2005)²⁴¹ se inclinan pensar en que simbolizar nos podría llevar a la sustitución de funcionamientos incompatibles para lograr otro tipo de desarrollo nuevo. Es decir, la simbolización tendría por función el abrir nuevos espacios donde la palabra (y la imagen que ella inspira) permitan la apertura de un funcionamiento libre de conflicto. No se trata entonces ya de pensar la relación entre dos representaciones, sino que en el acto de simbolización, algo de la nueva representación posibilita la ligazón, la construcción de una red simbólica que posibilita la captura y relectura de aquello que hasta ese entonces resultaba conflictivo al psiquismo.

Abraham y Torok, (2005) lo argumentan exponiendo que de lo que se trata en la simbolización no es tanto la sustitución de una cosa por otra, sino más bien, que posibilita la vivencia de que lo irrepresentable del conflicto, puede tomar ligazón con otra representación nueva para buscar nuevas significaciones. Esta podría ser una excelente definición de esto que llamamos Arteterapia.

Similar lectura postula Silvia Bleichmar (2001), quien denomina a este efecto de la simbolización como procesos de "**neogénesis**"; es decir, la instalación de nuevas formas de metabolización de los contenidos del psiquismo, como efecto de la intervención terapéutica. Explica que la atención terapéutica da lugar a nuevos modos de simbolización, dando lugar a un nuevo modo de articular lo traumático. Bleichmar dirá que se trata de la producción de "(...) *algo que no existía*

²⁴¹ Abraham, N. & Torok, M.; (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu

previamente: sobre las representaciones desarticuladas, fracturadas y fallidas, un nuevo entrelazado psíquico permitió una composición menos patológica”.

En la misma línea, Laplanche (1979) sostiene una crítica magistral a la idea primogénita de la simbolización, aquella que alude a la necesidad de reemplazar una representación por otra. ¿Por qué la historia antigua sería más verdadera, por qué lo simbolizado sería más verdadero que el símbolo?. Aún más, sostendrá que es debido a esta seductora visión, por la cual Freud habría puesto en guardia a los psicoanalistas frente a la idea de una adoración del tesoro que yace en el misterioso inconsciente.

Tomando el trabajo de Sebastián Rojas Navarro²⁴², lo anterior nos conduce entonces, de manera natural, a pensar que la simbolización debe inclinarse por la segunda vertiente mencionada. La llamada “eficacia simbólica”, la simbolización lograda sería aquella capaz de ligar un afecto.

Ahora bien, surge entonces, con Sebastián Rojas, la cuestión de qué va a ocurrir con la angustia, consecuencia de la no ligazón del afecto. A ello, responde que *el símbolo, lo que viene es a poner barreras a la angustia, proponiendo un modo de elaboración que da lugar a nuevos modos de vincularse.*

Parfraseando a Silvia Belichmar (2000), podríamos decir que

El espacio de arteterapia es un lugar de producción simbólica, ya que no se trata solamente de recuperar mediante el discurso aquello que el sujeto tiene inscripto como palabra, sino de capturar en un entretejido diferente aquello que nunca fue puesto en palabra o aquello que se rehúsa a ser puesto en palabra, no sólo por la represión, sino porque nunca fue significado... El problema de la teoría simbólica aparece como un intento de darle nombre a

²⁴² Rojas Navarro, S. El cuento de hadas entre simbolización y simbólica: Lecturas a partir de la relación entre psicoanálisis y literatura., recuperado de www.academia.edu/.../El_cuento_de_hadas_entre_simbolización_y_sim

*aquello sobre lo cual el sujeto no puede asociar. La pregunta es si no puede asociar porque la represión está operando o no puede asociar porque llegó al límite de lo decible. Ahí es donde creo fecunda la idea de producir en el análisis enlaces simbólicos, que son **simbolizaciones de transición**, que tiene que ver con la construcción de hipótesis que permiten al sujeto transitar sin que estas hipótesis sean verdades definitivas, porque ese es el otro problema, nada de lo que uno le dice al paciente son verdades definitivas con los cual las hipótesis que uno arma son sólo eso, hipótesis.*

Tanto Green como Fiorini (1995) llaman como *proceso terciario* esas *simbolizaciones de transición* de S. Belichmar. Fiorini lo define desde la teoría wicotiniana de los fenómenos transicionales, siendo ahí, en lo transicional, desde donde surgen los procesos creadores. Es en ese espacio intermedio transicional en donde ocurre el proceso creador, generando vínculos a los objetos que han ido creándose. Considera que los modos de organización que dan lugar al proceso terciario son a través de las siguientes formaciones:

- * Que articulan y distinguen espacios de: dado, imposible y posible;*
- * Que desorganizan formas constituidas y trabajan la reorganización de nuevas formas o nuevos sentidos;*
- * Que convocan elementos en sus diferencias, enlazan sus oposiciones haciéndolas converger a la vez que divergen, arborizando con estas formas, redes de sentido;*
- * Que constituyen así objetos abiertos a múltiples significaciones;*
- * Y que hacen coexistir en ellos diferentes formas de temporalidad.*

9.5. El proceso terapéutico

Llegados a este punto, me interrogo cómo construye el paciente su discurso en arteterapia a través de la imagen y desde donde se abordaría la psicoterapia a través del arte. Diría que se da en tres espacios ineludibles para el proceso terapéutico:

a. **Búsqueda del espacio de lo enigmático** que crea lo irrepresentable. Ese espacio inefable, no solo puede ser generador de angustia sino de la tensión estimulante de lo posible por-venir, de eso que no soy y que espero ser. Este espacio se rellena de añoranzas, de ilusiones, de tensiones, de espera del otro. La imagen es inagotable y ello nos lleva tanto a lo posible por-venir como a lo imposible de lograr.

b. **Lo historizable**, como modo genuino de lograr las “*simbolizaciones de transición*”. Tenemos que precisar que, en palabras de Lacan, “*La historia no es el pasado. La historia es el pasado historizado en el presente, historizado en el presente porque ha sido vivido en el pasado*” (Lacan, 2003). La rememoración, es la historización fundamental, es decir, aquella que puede estructurar a un sujeto. Esta historia no es algo ya dado, que nos espera y la cual sólo hay que encontrar. La historia se hace en el presente. El terapeuta tiene que propiciar la transformación de esos recuerdos en una reelaboración, rememoración simbolizante o historizante para investir el presente y proyectar un futuro, por eso también se puede concebir a la transferencia como un proceso histórico, la transferencia permite la actualización del recuerdo permitiendo una reelaboración de él, es decir, permite historizarlo. *De ahí que la tarea no consista sólo en recuperar una historia sino en posibilitar simbolizaciones estructurantes.* (Hornstein, 2004). *No se trata tanto de relatar lo que ocurrió en términos concretos, fácticos, de lo que se trata de una historia simbólica (historización), una historia producida hacia el futuro, “habrá sido”, siempre con posibilidades de poder ser*²⁴³.

El acto creativo sería un intento de reparación o búsqueda de la historia personal del sujeto. Por lo tanto, la importancia de la obra producida, puede ser la fuente para identificar imágenes internalizadas. Este es el carácter de novedad, que al generar nuevas inscripciones produce nueva subjetividad.

²⁴³ Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis» ISSN 1692-0945 N° 15 - Junio de 2008

c. **El espacio transferencial.** Es el espacio de vinculación entre paciente y terapeuta, por el que el paciente puede acercarse a lo más inefable de sí, a lo más temido, a lo más ignorado. Es el espacio por el que el paciente puede aventurarse a las nuevas significaciones, a los nuevos sentidos y todo ello a partir de la figura que va ocupando en relación al terapeuta.

Nos gustaría reseñar en esto del espacio transferencial, la aportación de Rousillon y que habla de dos tipos de transferencia en el paciente:

* la planteada por Freud, por desplazamiento y

* otra que él llama por retorno o reenvío, en donde el paciente clivado en sus posibilidades de integración, hace vivir al analista lo que él no puede vivir de su historia, le hace sentir aquello que no puede sentir de sí mismo.

Queremos destacar aquí los criterios señalados por Green que se deben de alcanzar en todo proceso psicoterapéutico y que serían muy aplicables al proceso terapéutico en arteterapia:

- Regular sus impulsos, afectos y autoestima;
- Desarrollar la comunicación con objetos internos y externos y utilizar los procesos mentales para simbolizar lo que ocurre en su cuerpo, mente y relaciones
- Su forma de manejar los vínculos internos y externos.
- Modificaciones del funcionamiento del yo,
- Tolerancia a los mensajes del inconsciente y a reconocer su fuente pulsional
- Distensión de los lazos con objetos primitivos,

9.6. Objetivo fundamental del Arteterapia

El arte es posible porque el mundo no está hecho

R. Barthes

¿Qué es lo que, en definitiva, pretendemos con el arteterapia?

El objetivo fundamental es una paradoja: que el sujeto pueda argumentar lo que hace y que, a su vez, pueda soportar la falta de argumento.

En ese sentido, podemos decir que Arteterapia²⁴⁴ es un modo de poner imágenes al/a lo inconsciente, llevando al sujeto al trabajo de la subjetivación estética. La tarea fundamental del trabajo en arteterapia se basa en que la persona pueda encontrar y elaborar todas aquellas imágenes posibles y significantes en relación a sus conflictos. Como dice Sara Pain, *el taller de Arte-Terapia, habilita un espacio para la aparición de trazos originales, únicos e irrepetibles que posee cada ser humano. Es también acompañar a la persona en su búsqueda estética propia y su desarrollo potencial como persona creativa, capaz de “ofrecer” a “otro” aquello que le es propio y, muy probablemente, desconocido.*

La teoría de Arteterapia supone la comprensión del sujeto como *“un sujeto en construcción”*, esto es, la necesidad del sujeto de sentir como nuevo cada aparición de lo inconsciente, así como cada producción consciente. *“Un sujeto en construcción”* supone la teoría del inconsciente como un espacio permeable y por desarrollar. El inconsciente, sujeto a lo indecible, lo es menos de lo irrepresentable y, por tanto, no está menos sujeto a la necesidad de desenvolvimiento.

Es preciso abordar ahora otro aspecto que es de vital importancia en la clínica del arte terapia: *la construcción del espacio psíquico interno*, concepto que desarrolla Ricardo Rodulfo; este espacio, es un lugar acolchado por vagas representaciones de

²⁴⁴ Coll Espinosa, F.J., Perea Arias, C.L. Arteterapia y discapacidad. Una experiencia de trabajo, Centropsicoanaliticomadrid.com › Revista › Número 19

sí-mismo, que permite la entrada de nuevos matices para ser pensados; que *permite albergar el vaivén de las emociones sin representación sin temor al desbordamiento de los límites*. Este trabajo permite incorporar la ambivalencia sin angustia, siendo ello fundamental para cualquier trabajo de elaboración psíquica.

Un referente primordial para pensar el trabajo terapéutico desde la experiencia plástica y creativa es Winnicott, y, concretamente, la noción de *“gesto espontáneo”* como origen de la subjetividad. El *gesto espontáneo* es una noción bastante enigmática que –según Winnicott– supone un acto creativo, y es este aspecto del llamado *“gesto espontáneo”* el que más interesaría pensar aquí, el del gesto tomado como un acto de creación, un acto que –en un mismo movimiento– inaugura la subjetividad y crea al mundo que le toca habitar. Este es el mito winnicottiano. *“...en el principio es el gesto espontáneo (y una madre dispuesta a recibirlo)”*, dice Winnicott. Ante el espacio en blanco hacemos el trazo y a partir de ahí se produce un desfiladero de significantes posibles, una trama de sentidos, de huellas, de emociones que se han de re-componer. Esto es la creación.

Quizá fue Freud el primer arteterapeuta. El siguiente, es uno entre tantos comentarios freudianos respecto al poder de las imágenes y las dificultades que él encontraba en ellas: *“lo que experimentamos (en un sueño) predominantemente es en imágenes visuales... Parte de la dificultad de dar un informe de nuestros sueños, es debido a tener que traducir estas imágenes en palabras. “Podría dibujarlo” suelen decirnos, “pero no sé cómo decirlo”* (Freud 1955). En el múltiple Interés del Psicoanálisis escribe: *“Si reflexionamos en que los medios de representación de los sueños, son principalmente imágenes visuales y no palabras, veremos que es más apropiado comparar los sueños con un sistema de escritura que con un lenguaje”* (Freud 1968).

Podemos describir las siguientes características fundamentales del Arteterapia y que le dan su fortaleza simbolizante y terapéutica:

- **Acercamiento a lo propio**, a la vivencia de lo interno como algo posible de trabajar, de descomponer y recomponer; para ello, quizá nada más apropiado que el trabajo desde la expresión plástica. El acercamiento a lo propio es también el hacerse cargo de la obra, sentirse portavoz de sí mismo, encontrar un modo de re-presentarse, de hacer aparecer en lo exterior algo de inextricable de sí mismo.

- **Manifestación estética de lo interno**, dando imagen que delimita, incita y acoge aquello que resulta de lo inasible de sí mismo. Sin la estética original, aquella que deriva de los primeros cuidados, sería muy difícil encontrar un modo sereno de sostener la cadena significativa que sostiene el deseo y el vínculo afectivo.

- **Desarrollo metafórico**, enunciando mensajes en la sensación de que es más importante su enunciación que su interpretación. La metáfora da la posibilidad de poder ser, de poder estar, de poder pensar. Sin metáfora no hay pensamiento ni creación y nos abocaría a la repetición como la única manera de poder ser. La metáfora nos permite la búsqueda y el gusto por el encuentro, no exento de la tensión propia de la pérdida consustancial que engendra todo proceso metafórico.

- **Implementar sobre lo propio**, es decir, de encontrar nuevos significantes que dimensionan la imagen, tomando un valor muy importante lo no dicho sobre lo posible de describir. Es lo propio por terminar la génesis de cualquier deseo y del vínculo. En la vivencia transferencial del Taller de Arteterapia, lo propio es aquello que pertenece a lo exterior y que vamos dando imagen. Esta experiencia de desarrollo es la base de cualquier esbozo de sentido a lo interno.

- **Argumentar sobre lo inexplicable**, en la seguridad de ser guiados por la propia incertidumbre de la creación, por la sensación inexplicable de lo próximo a aparecer, por el placer de lo próximo a descubrir, desplazando la angustia y enfatizando el gusto por lo nuevo.

- **Vivencia de la falta**, de la ausencia, como génesis del deseo y del pensamiento. Al Taller de Arteterapia lo envuelven muchos elementos que, sin estar definidos para el participante, le conminan a preguntas sin respuesta, a una búsqueda de lo indeterminado desde la falta de respuesta, pero que le sostienen en la falta como elemento generador, sin la pasión por la respuesta.

- **Armonización de las diferencias**, permitiendo la convivencia de lo distinto, de aquello que inquieta pero con la vivencia de que permite. El trabajo arteterapéutico, a tenor de que la producción artística tiene su singularidad en la composición, es un medio excepcionalmente adecuado para este proceso madurativo esencial en todo sujeto.

- **Vivencia de la frustración** como algo inherente a todo vínculo. El trabajo creativo se fundamenta en la vivencia de acercarse a lo imposible de dar forma y la satisfacción de crear imágenes cercanas a lo pretendido. El resultado nunca responde a lo pretendido, se generan nuevos sentidos a los esperados, pero prometen nuevas sensaciones y abren a la posibilidad. Es esto lo que permite, que desde lo transferencial, la vivencia de la frustración sea una posibilidad y no se de en el marco de la repetición.

- **Historizar la subjetividad**, proveer de recuerdos que, aunque necesariamente siempre reconstruidos, nos permitan sentir que tenemos un lugar desde el que hemos sido y seremos siendo. La producción creativa en el Taller de Arteterapia, nos pone en

contacto incansablemente con nuestros recuerdos, re-creando imágenes que den cuenta de ellos e, irrenunciablemente, tratamos de ligarlos a proyectos de sí mismo. En muchas ocasiones, la producción creativa, en el Taller, es un lugar para el re-creo de historia, teniendo un vital efecto constituyente en el sujeto.

Capítulo 10. ESTUDIO EMPÍRICO: UNA EXPERIENCIA DE ARTETERAPIA CON DISCAPACIDAD

*Yo no soy allí donde soy el juguete de mi pensamiento;
pienso lo que soy allí donde no me pienso pensar.*

Jacques Lacan

10.1. Problema de Investigación

En el marco teórico que se ha desarrollado en los anteriores capítulos, se ha podido ir constatando tanto la relevancia del Arteterapia como la solidez de su fundamentación, contrastando su concepto como disciplina con las visiones que desde la Psicología y la Teoría del Arte se ofrecen. No obstante, el universo del Arteterapia no siempre ha dispuesto de posibilidades de demostrar empíricamente los resultados de su implementación en un contexto psicoterapéutico o de desarrollo psicológico personal. No son excesivamente abundantes los estudios realizados con metodología cuantitativa que ofrezcan datos fiables acerca del previsible impacto que la práctica del Arteterapia puede aportar a quienes la practican. El problema de investigación que nos ocupa tiene que ver con dicho déficit.

La justificación de su relevancia viene dada por el impacto cada vez mayor que esta disciplina del Arteterapia logra generar en diferentes medios de intervención psicológica como son en los ámbitos de la Salud Mental, servicios sociales, centros para personas con discapacidad y diversas psicopatologías. El hecho es que en una multitud de ocasiones se desarrollan aplicaciones prácticas e intervenciones profesionales guiadas por criterios propios del Arteterapia, las cuales suelen producir resultados esperanzadores, cuando no óptimos y, sin embargo, existen pocas evidencias de carácter científico, contrastables, que permitan dar una cuenta exhaustiva de dichos resultados.

Dado todo lo cual, formulamos el problema de investigación que nos ocupa como una evidenciación del posible impacto en la salud y el desarrollo de personas afectadas con alguna discapacidad del seguimiento de un trabajo de Arteterapia. Es decir, que la pregunta de investigación se centra en el estudio objetivable del efecto del Arteterapia sobre diferentes aspectos de la salud y el desarrollo, cuestionando si existirá o no dicho efecto, si éste sería positivo para la persona y en qué áreas se daría de forma más relevante.

10.2. Objetivos

El Objetivo general de la presente investigación es, pues, aportar evidencias empíricas contrastables acerca del impacto que pudiera ofrecer el seguimiento de un taller de Arteterapia en la salud y el desarrollo de personas con discapacidad mental, para obtener datos que permitan valorar el alcance real de la práctica del Arteterapia entre la población afectada por un déficit intelectual.

De una manera operativa, teniendo en cuenta el diseño concreto que va a poder ser aplicado, podemos definir el objetivo de la presente investigación como la obtención de datos empíricos contrastables acerca de si la aplicación de Arteterapia favorece el desarrollo de la capacidad asociativa y del pensamiento en personas con discapacidad psíquica.

10.3. Hipótesis

Las hipótesis se plantean desde un punto de vista exploratorio, aunque avaladas por todo lo considerado en los anteriores capítulos, que establecen el marco teórico del problema, son las siguientes:

1. Hipótesis General:

El trabajo desde el Arteterapia va a suponer un incremento significativo de las capacidades y habilidades funcionales en las personas con discapacidad mental, acompañado de una mejora significativa de su capacidad asociativa y del desarrollo

del pensamiento y, como consecuencia de ello, se producirá una evolución de su Edad Mental, de un modo significativo.

2. Subhipótesis:

La experiencia de Arteterapia en las personas con discapacidad va a suponer un progreso significativo en los siguientes aspectos:

1. Desarrollo de su capacidad de establecer interacciones sociales significativas.
2. Aumento considerable de la capacidad de prestar atención y para asumir responsabilidades.
3. Incremento de su capacidad de lenguaje comprensivo y expresivo.
4. Desarrollo de las capacidades y habilidades de naturaleza conceptual.

10.4. Participantes

Los participantes de la muestra del estudio son usuarios del Centro de Día de Personas con Discapacidad Intelectual de Archena.

Los usuarios del Centro de Día, tienen una edad comprendida entre los 16 y 65 años, con una media de edad de 35 años. No pertenecen a un grupo social específico, aunque son todos de origen español y de clase socioeconómica media y baja. Asimismo proceden todos ellos de un medio urbano, siendo sus familias residentes en la Comarca del Valle de Ricote, preferentemente en la ciudad de Archena (Murcia).

El motivo de inclusión en el grupo de estudio es precisamente su pertenencia al referido Centro de Día, y, a su vez, el ser usuarios de dicho Centro comporta un diagnóstico de discapacidad mental, con dificultades para su integración en programas de integración en el medio escolar habitual, debidas a la severidad de su retraso, a su edad o a su incapacidad para la adaptación al mismo.

En el referido Centro de Día son atendidos un total de 29 usuarios, en donde un total de 12 profesionales (Psicólogos, Trabajadores sociales, Educadores, Fisioterapeuta, Monitores de Taller, etc.) coordinan y desarrollan un amplio programa de intervención que incluye numerosas actividades, siendo las más participativas las siguientes: Artesanía, Arteterapia, Cocina, Lectoescritura, Informática, Artes Escénicas, Expresión Corporal, Deporte, y Actividades de participación social.

En apartados posteriores se describen características más detalladas de cada sujeto participante en el estudio, al presentar su situación previa y posterior al tratamiento objeto de estudio del presente trabajo.

La participación de los sujetos se realizó bajo las garantías éticas establecidas por el Código Deontológico del psicólogo así como las disposiciones de la Comisión de Ética de la Investigación de la Universidad de Murcia.

Para la constitución de los grupos experimental y control se utilizaron los siguientes criterios, atendiendo a las características de los participantes y a su situación en el Centro.

a) Criterios de selección del Grupo Experimental

No hubo un criterio restrictivo de selección, sino que se basó en la libre elección de los sujetos participantes. A los usuarios del Centro se les explica la propuesta de poder participar en un taller de Arteterapia, según la dinámica habitual de propuesta de actividades del Centro, no haciéndose notar que se trata de una opción diferente a las usuales. Se aceptan como miembros del grupo a todos los que se propusieron para seguir el taller, según el modo de funcionamiento habitual del Centro. No se aplica criterio de exclusión alguno. Así pues el criterio de inclusión en el Grupo Experimental es la decisión voluntaria de participar por parte de los usuarios que así lo estiman del total de participantes.

b) Criterios de selección del Grupo Control

Una vez que se configuró el grupo experimental, se le aplica la Escala Battelle y, a la vista de los resultados obtenidos, el equipo de profesionales designa los miembros de un grupo que resultase de características similares al que se configuró como grupo experimental. Para ello se aplica también la Escala Battelle al resto de usuarios del Centro, para poder determinar quiénes deben de formar parte del grupo control, por equiparación de sus cualidades. Tampoco a este grupo se le hace saber que son parte del estudio, para no contaminar sus actitudes, ni influir en el desarrollo de sus actividades en el Centro.

10.5. Instrumentos y variables

Para valorar la evolución en las variables objeto del estudio, se ha tomado como prueba principal el **Inventario de Desarrollo Battelle**, de J. Newborg, J. R. Stock y L. Wnek, en su adaptación española de M.V. de la Cruz y M. González, publicado por TEA Ediciones en 1998,(Newborg, Stock & Wnek, 1998). Mide el nivel de desarrollo del niño (con o sin minusvalías) y permite evaluar su progreso en cinco Áreas y subáreas diferentes:

- **Personal/Social.** Mide las capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales significativas.
 - Interacción con el adulto.
 - Expresión de sentimientos/afecto.
 - Autoestima.
 - Interacción con compañeros.
 - Desenvoltura.
 - Rol social.

- **Adaptativa.** Mide la autonomía en el aseo, vestido y en la alimentación y la capacidad del niño para prestar atención y para asumir responsabilidades.
 - Atención.

- Comida.
 - Vestido.
 - Responsabilidad personal.
 - Aseo.
- **Motora.** Mide la capacidad para usar y controlar los músculos del cuerpo.
 - Control muscular.
 - Coordinación corporal.
 - Locomoción.
 - Motor fino.
 - Motricidad perceptiva.
- **Comunicación.** Mide el lenguaje comprensivo y expresivo.
 - Lenguaje comprensivo.
 - Lenguaje expresivo.
- **Cognitiva.** Mide las capacidades y habilidades de naturaleza conceptual.
 - Discriminación perceptiva.
 - Memoria.
 - Razonamiento y habilidades académicas.
 - Desarrollo conceptual.

Formado por más de 300 elementos, puede aplicarse en su forma completa o abreviada (Prueba de "Screening"); la aplicación de esta última forma economiza tiempo, sin perder fiabilidad pues permite detectar en qué área debe o no hacerse una evaluación completa.

Los procedimientos para obtener la información son de tres tipos: Examen estructurado, Observación (clase, casa) e Información (de profesores, padres o tutores). En los distintos elementos de las áreas se dan normas específicas para la aplicación a niños con diversas minusvalías.

Las variables consideradas en el presente estudio son todas las referidas anteriormente y que conforman la prueba completa de Battelle.

El método utilizado para su administración, implicaba que a cada participante se le aplicaba la Escala completa al inicio y final de cada curso académico, para verificar así su posible evolución durante el mismo. Asimismo, se les aplicaba al inicio de cada nuevo año de tratamiento, pese a que muy probablemente sus resultados podían variar poco respecto al final del curso anterior, pero se consideró que durante el tiempo transcurrido sin tratamiento podrían haber aparecido elementos espúreos que pudieran afectar a su evolución y era más indicado contar también con estos datos.

La Escala fue aplicada por personal del Centro de Día especialmente entrenado para ello, bajo la coordinación de D^ª Lorena Perea, Coordinadora del Centro de Día. Los aplicadores desconocían el objeto de la investigación.

10.6. Procedimiento

Como se ha explicado previamente, en el apartado de Participantes, la propuesta de poder participar en el Taller de Arteterapia se hizo a todos los usuarios del Centro, explicándoles del siguiente modo las características del taller. Se les explica que el Taller va a consistir en un espacio en el que a través de los trabajos creativos, con materiales como cartulinas, colores, ceras, etc., se irían expresando sensaciones, pensamientos, sentimientos, ideas, etc.

Una vez constituido los Grupos Experimental y Control, se procedió con cada uno de ellos siguiendo el guión previsto. Al Grupo experimental se aplica una metodología para las sesiones del Taller que se estructura desde una posición terapéutica no directiva, de modo que los participantes puedan mostrar, desde la espontaneidad, sus creaciones, libres de la presión del lenguaje y de la censura de la consciencia. De este modo, el Taller se convierte en un espacio donde se experimenta a través de

las creaciones y se van produciendo imágenes mentales y desarrollando la capacidad de abstracción y asociación.

Un objetivo fundamental del Taller es relacionar el ámbito emocional, el relacional y el cognitivo a través del diálogo con las imágenes. Para ello, fue determinante crear un espacio adecuado y sugerente para fomentar la disposición a la creación. Se les comentó que lo importante era poder crear imágenes plásticas que dieran forma figural a sus emociones y/o sentimientos. En este sentido, se les explicó que la técnica y lo estético no era lo más importante, sino poder llevar a una creación plástica algo de lo emocional o lo interno. Se sugirió que el color, las texturas, el material, la composición, iban a ir guiándoles hacia lo más propio de sí mismos. En ningún momento, se observó ninguna actitud, individual ni de grupo, que se haya podido considerar que pudiera perjudicar la experiencia.

Para el Grupo Control no se estableció un trabajo específico, sino que siguieron desarrollando sus actividades habituales en el Centro, en el que realizan un gran número de ellas, como se indicó previamente en el apartado de Participantes; entre otras, las más demandadas fueron: Artesanía, Cocina, Lectoescritura, Informática, Artes Escénicas, Expresión Corporal, Deporte y Actividades de participación social. Dichas actividades se realizan de forma paralela a la realización del Taller de Arteterapia, no siendo perceptible ninguna situación especial respecto al funcionamiento habitual del Centro de Día.

10.6.1. Cronograma de la Investigación

La experiencia ha durado un total de tres años, en tres tiempos distintos, de noviembre a mayo de cada año, con una frecuencia de una sesión semanal, de 90 minutos de duración por sesión. Se han realizado un total de 67 sesiones, correspondientes a 24 el primer año, 19 el segundo año y 24 el tercer año.

Al comienzo de cada año, se vuelve a dar a elegir a los usuarios la posibilidad de continuar con el Taller de Arteterapia o de que se incorporen nuevos participantes.

Un factor importante es que cada participante tiene que tener y manifestar el deseo de participar, no tanto de que se le motive o se le indique su participación.

Al inicio y término de cada año, se aplica la Escala Battelle para comprobar los efectos del taller, así como las posibles repercusiones en su evolución de los meses sin taller.

En el resto del tiempo de su participación en el Centro, todos los usuarios comparten las demás actividades ofertadas y elegidas por ellos.

10.6.2. Descripción de la experiencia

La experiencia se propuso en el Centro de Día para atención de Personas con Discapacidad de Archena debido a que, como se ha explicado previamente, en su programación general, las actividades de carácter creativo son el eje de la vida del Centro y existían facilidades para hacer la experiencia con un grupo control y otro experimental.

La experiencia ha sido desarrollada por el autor de la investigación, contando con la colaboración de los profesionales del Centro y, especialmente, de D^a Lorena Perea Arias, Coordinadora del Centro y especialista en Expresión Corporal y Arteterapia (Máster de Arteterapia por la UMU).

Se consideró de interés para la investigación el hecho de que todos los usuarios del Centro pudieran participar de una metodología de carácter participativo y creativo.

La diferencia entre los dos grupos se reducía a que uno de ellos participaba del Taller de Arteterapia y el otro no, pero el resto del tiempo compartían, en general, las mismas actividades creativas.

10.6.3. Tiempos de participación

Cada año, se invitaba a continuar al grupo anterior, pero por distintas circunstancias de cada uno de los participantes, al tratarse de una intervención en un entorno real, la asistencia final de los once participantes en el Grupo experimental fue la siguiente:

1. R. : estuvo los dos primeros años; al tercero dejó de venir a este Centro por su traslado a otro Centro.
2. M. : sólo estuvo un año porque la familia la desplazó de Centro al cambiar su domicilio.
3. P. : sólo estuvo el primer año por decisión propia. Tenía muchas dificultades para pensar en imágenes y también para poner palabras a su obra.
4. J. : estuvo el último año, debido a que fue cuando entró en el Centro.
5. Reme: estuvo el último año, debido a que fue cuando entró en el Centro.
6. Y. : estuvo los dos primeros años; al tercero dejó de venir al Centro por su traslado a otro Centro.
7. J. : estuvo los dos primeros años; al tercero dejó de venir al Centro por su traslado a otro Centro.
8. L. : estuvo los dos primeros años; al tercero dejó de venir al Centro por su traslado a otro Centro.
9. A. : ha estado los tres años.
10. C. : ha estado los tres años.
11. M. : ha estado los tres años.

10.6.4. Dinámica de las sesiones

Las sesiones se estructuraron en tres tiempos:

1. **Tiempo inicial.** Es el tiempo de acogida y de hablar en función de la espontaneidad del grupo. Se van recogiendo las ideas, pensamientos, preocupaciones que van comentando. A veces traen cuestiones pendientes de otras sesiones o cuestiones relativas a su vida familiar y del Centro. Este tiempo suele durar 15 minutos y es muy frecuente que se hable mucho de la vida familiar y del Centro. Se da tiempo a que puedan responderse unos a

otros o puedan articular propuestas a las cuestiones que van surgiendo. De ese diálogo, se extrae la propuesta a realizar.

Este tiempo es muy agradecido por todos, porque sienten que pueden aportar cuestiones personales, que se les escucha desde su espontaneidad, que lo que dicen no es tanto cuestionado sino pensado por todos, que se recoge todo lo que dicen y que lo que dicen tienen valor desde lo que dicen, es decir, todo tiene un valor de escucha y de pensamiento para todos, porque es fruto de sus emociones, experiencias y sensaciones. Esta escucha grupal, no es tanto una actitud empática y motivadora, sino realmente interesada por encontrar sentido a lo que se dice en el grupo y que cada uno sienta que lo que dice proviene de su experiencia interior, aun cuando no se le encuentre lógica o sentido. En este sentido, sienten que lo que dicen siempre viene de un espacio de lo íntimo, de lo sentido, de lo experimentado, de lo ilusionado. Ya, aquí, es un tiempo de construcción de un espacio para apropiarse de lo propio, valga la redundancia, ya que lo íntimo es una cuestión difícil para la discapacidad, sintiéndolo como ajeno y desprovisto de sensación de propiedad.

2. **Tiempo de proceso creativo.** Este tiempo suele durar 50 minutos. Es el tiempo del trabajo de la propuesta creativa, de la creación de imágenes que provienen de las sensaciones y emociones, para darles una forma figural. Es el tiempo de la construcción de lo propio. Trabajan desde lo más interno, desde lo informe, desde la sensación y a eso tienen que darle una imagen creativa, no pensada, sino que va tomando forma al hilo de su construcción.

La propuesta de trabajo no es siempre una propuesta concreta; en muchas ocasiones, la propuesta es una propuesta de material con el que trabajar, considerando que, ya en el trabajo del material propuesto, se dan las condiciones para la elaboración de las imágenes que dan cuenta de su estado.

3. **Tiempo de palabra.** Este tiempo solía tener una duración de 25 minutos. Las obras se ubicaban en el centro de la sala, cada uno ponía su obra, y todos nos sentábamos alrededor. Se daba un tiempo de observación de todas las obras, generalmente, con un silencio respetuoso y, a iniciativa propia, iban tomando la palabra para explicar su trabajo. Era un tiempo este casi de conmemoración de cada obra, donde cada obra tomaba una importancia especial. Se hacían observaciones sobre lo que comentaba y era muy frecuente que hiciesen desarrollos verbales de sus experiencias en función del tema que habían trabajado en la propuesta. Es el tiempo de apropiarse de lo realizado, de apropiarse de lo sentido y de sentir que construyen pensamiento propio. Era muy frecuente que se emocionasen al describir y ponerles argumento a las imágenes creadas.

10.6.5. Encuadre de trabajo

El encuadre de trabajo es el eje central que hace posible que el trabajo terapéutico sea posible. Al hilo que nos enseña Etchegoyen (1986) podemos decir que el encuadre es lo que señala las constantes de tiempo y lugar, matizando ciertas normas que definen los papeles de terapeuta y paciente en función de la tarea que se va a realizar.

En esa misma línea, José Bleger (1967) habla del encuadre con un “no proceso” en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso. El encuadre correspondería a las constantes de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso al conjunto de las variables. Nos dice también que el encuadre es el que señala los horarios, espacios, interrupciones regladas y tiempos. De igual modo, Winnicott define el encuadre como “la suma de todos los detalles de la técnica”.

Pero quizá, la aportación más interesante es la que nos expone Avenburg²⁴⁵ (2004) cuando refiere:

²⁴⁵ Avenburg, R.(2004). *Sobre el encuadre en psicoanálisis*. En: Psicoanálisis APdeBA – Vol. XXVI, Nro. 1.

“así, por lo menos, tiendo a trabajar yo: armamos el encuadre en función de las necesidades, ante todo subjetivas, del paciente y del objetivo o los objetivos que nos proponamos; el escenario (setting) ha de ser adecuado a la obra que se representa. Los límites del encuadre, además de lo que ponga el paciente, han de ser aquellos bajo los cuales yo me puedo hacer responsable del tratamiento y de los objetivos a cumplir”.

La aportación de Avenburg señala de lleno el eje de lo que hay que considerar como imprescindible para el tratamiento, esto es, que cada sujeto necesita de un espacio, externo e interno, para poder acceder a la complejidad de su estructura psíquica. Y para poder hacer eso posible, en el encuadre también hay que meter cuál es el mejor espacio para poder atender como terapeuta las necesidades del o de los pacientes. Así, esto nos introduce en lo que verdaderamente es la clave del proceso creativo en lo terapéutico que es lo que se denomina *“la transferencia”*.

Esteban Ferrández²⁴⁶ (2006), nos explica que el el espacio transferencial es aquel que provee el terapeuta y que genera la suficiente confianza, que no superprotección, al paciente para dejarse llevar a ser interrogado a sí mismo por su propia complejidad. Continúa diciendo E. Ferrández que el espacio transferencial es el lugar en el que puede aparecer, y no solo para su interpretación sino también para el despliegue de lo inconsciente, aquellas vivencias y emociones que se encuentran vinculadas de un modo repetitivo. Nos insiste en la importancia de una formación específica para poder hacerse cargo de este espacio como terapeutas. Apostilla E. Ferrández que sin este espacio nos puede producirse la elaboración simblizante.

Usobiaga²⁴⁷(2005), citando a Green (1952) expone que el encuadre representa ese elemento tercero que irrumpe en la relación dual entre terapeuta y paciente. Es como una norma con efectos al “interior” de la práctica terapéutica, o mejor dicho que resguarda un “interior” para dar lugar a la relación transferencial.

²⁴⁶ Ferrández Miralles, E. (2006) Transferencia y Creatividad, en Arteterapia : dinámicas entre creación y procesos terapéuticos . UMU. págs. 177-185

²⁴⁷ Usobiaga, E.(2005). *El encuadre y el psicoanálisis*. Rev. Norte de Salud Mental, Nro 23,. Pag. 47-52

Las características generales del encuadre son las siguientes:

- contención
- confianza recíproca
- el respeto por el horario es una cuestión ética, que supone un respeto al tiempo del otro
- encuadre y contratransferencia
- espacio de seguridad
- definir el conjunto de variables
- la complacencia es siempre un obstáculo
- es un marco que regula el tratamiento para ambos
- el encuadre es parte de la técnica
- el encuadre como dispositivo es una condición de posibilidad y no una necesidad “a priori”; esto implica que se puede ir adecuando a cada situación.
- el encuadre regula y trata de anular las tendencias **transgresivas naturales** que se producen en todo proceso de tratamiento.
- es una **alianza terapéutica**, que compromete a ambos: terapeuta y paciente.

Para continuar definiendo los aspectos básicos del encuadre, señalamos como funciones del mismo las siguientes:

- Continente
- El encuadre como institución, es el depositario de la parte psicótica de la personalidad, es decir, de la parte indiferenciada y no resuelta de los primitivos vínculos simbióticos.
- Elemento tercero que rompe la relación dual.
- Continente de la transferencia
- Provee de un espacio acogedor de seguridad.
- Provee de la mediación del tercero

El encuadre responde a dos principios:

1. Punto de referencia fijo para que la experiencia pueda ser estudiada desde un punto de vista científico. Este es un punto que da la seguridad y permite la confianza tanto al terapeuta como al participante.
2. Función de la cura. La seguridad del encuadre permite la confianza en el proceso.

En términos generales, podríamos decir que el encuadre se caracteriza por señalar unas condiciones que deben ser constantes, aunque contemplando a su vez las posibles variaciones que puedan darse con el transcurso del tiempo, es decir, debe tener una vertiente variable, por las modificaciones que se harán de acuerdo al devenir que vaya teniendo el tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, configuramos el encuadre para esta investigación ateniéndonos a las siguientes variables:

- a. una sesión semanal de 90 minutos de duración
- b. las obras no son sujetas a la interpretación como medida principal
- c. sesiones no directivas
- d. propuestas que surgen, fundamentalmente, del tiempo de inicio de la sesión
- e. no hay interrupción reglada en los 90 minutos
- f. la sesión tiene tres tiempos claros: inicio, proceso creativo y tiempo de palabra
- g. la asistencia debe de ser continua
- h. no existe la obligatoriedad de crear y/o de hablar
- i. en todo momento se deben de respetar los procesos creativos de cada uno
- j. los trabajos realizados son propiedad de cada autor
- k. los trabajos realizados cada sesión se pueden guardar en la sala
- l. al final del taller, los participantes decidirán qué hacer con las obras

- m. debe de existir la confidencialidad de lo que ocurra en el grupo
- n. la participación es voluntaria; se puede abandonar el taller durante el proceso
- o. se establecen tres sesiones iniciales de prueba evaluativa para cada uno, de modo que puedan valorar y decidir si desean continuar participando en el Taller

10.6.6. Programa de trabajo en Taller de Arteterapia

Se establece una programación temporalizada y por niveles, de menor a mayor complejidad cognitiva y emocional, para desarrollar a lo largo de los tres años de duración de la experiencia. Los temas de trabajo son los siguientes.

1. Primer año: 24 sesiones

- a. El nombre propio
- b. Un recuerdo agradable
- c. Una caja para guardar sus trabajos (tres sesiones)
- d. Un recuerdo familiar
- e. La Navidad (dos sesiones)
- f. Algo que de desagrada
- g. Propuesta de material: trabajo con arcilla
- h. Un regalo
- i. Propuesta de material: trabajo con arcilla
- j. La familia
- k. Propuesta de material: trabajo con cartón
- l. Algo que me gusta
- m. Propuesta de material: trabajo con papel y tres colores
- n. Un sueño
- o. Un camino
- p. Propuesta de material: cartulinas, plastilina y rotuladores
- q. La silueta del cuerpo propio (dos sesiones)
- r. Propuesta de material: plastilina

- s. La casa (dos sesiones)
- t. Propuesta de material: cartulina y pintura acrílica
- u. Un recuerdo de las obras realizadas
- v. Un regalo
- w. Visionado de las obras de todas las sesiones y poder tomar alguna y modificarla o continuarla
- x. Obra común para finalizar

2. Segundo año: 19 sesiones

- a. Un recuerdo de las vacaciones
- b. Propuesta de material: collage
- c. El nombre propio
- d. El Centro
- e. Mis amistades
- f. Propuesta de material: elegir trabajar con la arcilla o con el color
- g. Trabajo conjunto de a dos: un camino
- h. Propuesta de material: collage (dos sesiones)
- i. Algo en relación con mi padre o mi madre (dos sesiones)
- j. Algo en relación con mis hermanos
- k. La muerte de algún familiar (abuelos, padres...) (dos sesiones)
- l. Propuesta de material: collage con cartón (dos sesiones)
- m. Propuesta de grupo: hacer el Centro
- n. La silueta propia (dos sesiones)
- o. Mi futuro
- p. Visionado de todas la obras y hacer una nueva
- q. Una imagen propia
- r. Trabajo conjunto de a dos, sin propuesta
- s. Obra común para finalizar

3. Tercer año: 24 sesiones

- a. Una imagen de las vacaciones
- b. Propuesta de material: collage
- c. Trabajo común de grupo: collage
- d. Lo que más nos gusta de uno mismo
- e. Lo que menos nos gusta de uno mismo
- f. La discusión
- g. Propuesta de material: arcilla (dos sesiones)
- h. La familia
- i. Un pensamiento
- j. Propuesta de material: arcilla y agua
- k. Cómo me veo en el futuro
- l. Cómo me gustaría ser
- m. Propuesta de material: elegir color o plastilina
- n. Propuesta de material: todo el material disponible
- o. Propuesta de material: cartón y alambre
- p. Un camino
- q. Propuesta común: un camino
- r. Mis padres
- s. Mi casa ideal
- t. Propuesta libre con todo el material (dos sesiones)
- u. Las despedidas
- v. Visionado de todas las obras y realización de una conjunta

10.7. Diseño

Dadas las condiciones que nos imponen tanto el objetivo de la investigación como las características de la muestra, podemos establecer que el presente trabajo se adecua al formato de un Diseño de Investigación **Cuasiexperimental**. Este tipo de diseños pretende potenciar el estudio de problemas de relevancia social y profesional que aún no siendo trasladables al laboratorio, sin embargo sí son susceptibles de ser estudiados con un procedimiento controlado.

Este tipo de diseños comparte con el diseño experimental la existencia de una intervención específica (V. Independiente o tratamiento) cuyos efectos sobre otra variable de interés se quieren conocer. En cambio, se diferencia del diseño experimental en cuanto que los grupos de estudio no se pueden organizar por asignación aleatoria; no pudiéndose, pues, contar con la supuesta equivalencia inicial de los grupos, utilizándose grupos no equivalentes, que pueden diferir entre sí en más aspectos que los directamente relacionados con la V. I. . No obstante lo cual, en nuestro caso, la asignación de participantes en el grupo control se ha hecho por un grupo de expertos con la expresa intención de equiparar en lo posible las características de ambos grupos.

En relación con otros aspectos de la investigación, podemos decir que se trata de un Diseño **Multivariado**, es decir, que incluye varias Variables Dependientes, constatándose a través de sus medidas, la posible influencia o efecto en ellas de la Variable Independiente.

Asimismo, utiliza estrategias propias de un Diseño **Intrasujeto**, puesto que cada sujeto actúa como control o referencia de sí mismo, de forma que cada uno de los sujetos proporciona una serie de registros u observaciones que se corresponden con los distintos niveles de la Variable Independiente. Incluye datos que podrían incluso conformar pequeños estudios con **Diseño de Caso único** (o replicación intrasujeto), puesto que se evalúa el cambio que se produce por la aplicación de una intervención o tratamiento en la que el componente temporal o longitudinal implicado en la serie

de datos o medidas del sujeto, sustenta las inferencias del efecto. De hecho se da un registro sucesivo a lo largo del tiempo de las conductas de un caso único o un grupo pequeño antes, durante y, en algunos casos, tras la retirada del tratamiento. Pero esta sería una lectura limitada del trabajo y, aunque se abordan los casos también uno a uno, lo nuclear de la investigación se pregunta acerca de los efectos generales del Arteterapia en la maduración y evolución de las personas con discapacidad intelectual, más que en los casos considerados uno a uno.

Así pues, la presente investigación combina dichas estrategias y, pone su énfasis, en las propias de un Diseño **Intersujeto**, puesto que somete grupos diferentes de sujetos a las distintas condiciones experimentales, para poder comparar sus medidas en la Variable Dependiente, y de esta forma valorar el efecto de la Variable Independiente. Se basa en el supuesto de que estos grupos son inicialmente equivalentes (antes de aplicar las condiciones experimentales), de forma que sus diferencias después de los tratamientos se puedan atribuir inequívocamente a la Variable Independiente. Aunque en nuestro caso, eso se da con las limitaciones que impone la condición cuasiexperimental de la investigación, ya comentada en párrafos anteriores.

10.8. Análisis de Datos

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0 para Windows.

10.9. Resultados

Para la presentación de los múltiples resultados del estudio, se seguirán estrategias combinadas de descripción individual de las características previas y posteriores a la intervención, caso a caso, como también presentaciones de diferencias de los grupos experimental y control a lo largo del desarrollo del tratamiento.

10.9.1. Pre-test-1: Línea Base del Grupo Experimental

En primer lugar se presenta la **Línea Base** de la que parte cada uno de los participantes del grupo experimental. Se trata de 11 sujetos, 8 mujeres y 3 hombres, con una edad media de 34 // 54 años.

- **Participante 1 (R.):** 35 años.

Diagnóstico: Grave patología del Desarrollo, medicada con antipsicóticos.

Propensa a ausencias prolongadas, no inicia contacto social y, pese a tener lenguaje, rara vez es un lenguaje situacional. Su lenguaje se presenta a través de monosílabos y, en muchas ocasiones, no referenciales a la situación. Al menos, dos ocasiones por año, suele padecer brotes psicóticos que precisan de un tiempo de hospitalización. No participa espontáneamente en las tareas del Centro. Tiene una mirada peculiar. Su mirada es alienante con los demás; les mira pero no hay interacción ni comunicación gestual ni de acción. Es una mirada “paralizada”, como en espera de una acción de parte del otro. A veces tiene reacciones inesperadas. Casi siempre se expresa en un tono de voz muy débil. No tiene conductas de alianzas ni relaciones con los compañeros. No sigue ninguna actividad de taller y su grado de motivación por cualquier actividad es nulo. Su percepción es muy variable y no suele quejarse ante lesiones o agresiones graves de los compañeros. Su expresión de la afectividad es muy escasa. No tiene miedo al extraño y tiene escasa capacidad de orientación. Es autónoma para vestirse, comer e ir al aseo; precisa ayuda para asearse y ducharse. Parece no receptiva a situaciones sociales de alegría o de tristeza. Hija única que proviene de una familia de marginación social grave, cuyos padres padecían conflictos de Salud Mental. No sabe leer ni escribir; a veces acierta a poner su nombre. Se aísla con mucha dificultad. Vive en una Residencia de Discapacidad Psíquica. Asiste al Centro desde el año 2002.

- **Participante 2 (M.):** 59 años.

Diagnóstico: Retraso Mental Moderado, Epilepsia de etiología no filiada.

Habla mucho, pero siempre desde historias fantásticas, en las que ella es la protagonista. Mantiene cierto aislamiento respecto de los demás, ya que su discurso comunicativo no existe. Tiene creada como una vida paralela “alucinada”, desde la que se ubica, en muchas ocasiones, para la relación con los demás. Es cariñosa y atenta, muy susceptible a la burla sobre ella. No sabe leer ni escribir, aunque escribe a su manera mucho. Es muy comunicativa y cercana. Nunca se muestra agresiva. En muchas ocasiones, tiende al aislamiento. Su motivación por los talleres es relativa; casi siempre hace la misma actividad en el taller de artesanía, sin variaciones. Está medicada por epilepsia, teniendo controladas las crisis. Vive en una Residencia de Discapacidad Psíquica. Asiste al Centro desde el año 2000.

- **Participante 3 (J.):** 39 años.

Diagnóstico: Diagnóstico: Retraso Mental Ligero, diagnóstico desconocido. Etiología sufrimiento fetal.

Tiene una actitud siempre muy servil y atenta a todos; su obsesión es “mirar y que la miren” y en ese tiempo pasa todo el día, no ocupándola nada tanto como eso. En su mirada fija al otro demanda con insistencia aprobación y acogimiento. Suele ofrecerse sexualmente. Tiene mucha rigidez corporal. Su disposición al goce del otro es de total servidumbre. Sabe contar, leer y escribir. Es capaz de escribir sin mirar lo que escribe y de sumar varias cifras con bastante rapidez. No muestra motivación por ninguna actividad, pasando todo el tiempo buscando la mirada y la aprobación de cualquier otro. Es autónoma en la vida diaria pero precisa ayuda en la ducha. Vive en una Residencia de Discapacidad Psíquica. Asiste al Centro desde el año 1998.

- **Participante 4 (P.):** 38 años.

Diagnóstico: Retraso Mental con afectación física.

Tiene lenguaje comunicativo conseguido, pero nunca habla sobre sí mismo; busca relaciones con los demás y su mirada y sus relaciones son, casi siempre, de cierta desconfianza y siempre para mostrarse “gracioso”, pero sin crear vínculos. Se muestra muy negativo cuando se trata de recuerdos o asociaciones. Es autónomo en

la vida diaria, pero precisa ayuda en la ducha. No tiene adquirida la lectura ni escritura. No suele centrarse en ninguna actividad.

Se relaciona de forma habilidosa con el entorno. En cuanto a las relaciones sociales, son de carácter muy infantil. Se muestra complaciente y sumiso en las relaciones que tiene con los agentes sociales, no siendo así cuando permanece en el Centro, en donde encuentra un espacio para poder revelarse, dándose episodios de enfado. Le gusta participar de la vida del Centro.

En lo manipulativo no muestra habilidades ni creatividad, prefiriendo estar inactivo. A veces es colaborador y le gusta formar parte del Centro haciéndolo como suyo. Le gusta estar al tanto de lo que ocurre haciendo preguntas y suele expresar opiniones sobre lo que le parece.

Tiene un carácter ambivalente y, por tanto, en ocasiones con agresividad verbal. Su vivencia de las emociones es también ambivalente, caracterizándose por momentos de bloqueo y otros de mucha efusividad, de modo que, en ocasiones, se muestra enfadado, reactivo e impulsivo. Asiste al Centro desde el año 1995.

- **Participante 5 (A.):** 39 años.

Diagnóstico: Síndrome de Down.

Tiene mucho lenguaje, a veces, con mucha carga romántica y sentimental. Participa de las actividades, aunque se mantiene un poco aislada. Es muy afectiva. Es autónoma en la vida diaria, pero precisa ayuda en la ducha. Sabe leer, escribir y sumar. No es muy interactiva con los demás. Suele ajustarse a la tarea que le sugieran sin mostrar desagrado.

En la convivencia diaria en el centro, mantiene una actitud de aproximación a mantener relaciones de comunicación con los compañeros.

En lo que concierne a sus habilidades sociales, suele expresarse a través de frases populares y refranes antiguos, que suelen dar la impresión de estar hablando con

una persona mayor pero que en la conversación fluida no poseen coherencia ni conexión en muchas ocasiones.

Su actitud general es de cierta inhibición, no mostrándose espontánea con la vida del Centro. En general es desconfiada y no muestra su confianza fácilmente. Suele ser de tipo lento en sus reacciones, así como en su dinamismo diario. Presenta un discurso repetitivo. No es espontánea ni participa activamente en las relaciones con los demás. Asiste al Centro desde 2009.

- **Participante 6 (Y.):** 28 años.

Diagnóstico: Retraso Mental Moderado, diagnóstico desconocido. Etiología no filiada.

Tiene mucho lenguaje, aunque a veces, poco inteligible. Es muy activa, confiada y participativa. En las actividades de taller, no es constante ni en la actividad ni en el taller. Tiene un carácter expansivo y, en ocasiones, explosivo. Tiene poca confianza en sí misma y tiende a la imitación, sin tener en cuenta el nivel de desarrollo de los que imita. A veces es agresiva con los compañeros.

Es autónoma en la vida diría. Vive en una Residencia de Discapacitados. Participa activamente de los talleres y actividades del Centro. Tiene un conocimiento muy rudimentario y básico de la lectura y escritura. A veces muestra cierta espontaneidad. Le gusta ser líder de grupo. Su relaciones con los demás son ambivalentes y, en muchas ocasiones, desconfiadas. Tiene recuerdos muy marcados de su vida familiar. Asiste al Centro desde 2005.

- **Participante 7 (C.):** 26 años.

Diagnóstico: Retraso Mental y sufrimiento fetal.

Padece una disartria muy aguda y, por tanto, un lenguaje bastante ininteligible; es muy participativo y activo. Suele ser respetado por todos. No le gusta participar de todas las actividades; en ocasiones tiene actitudes huidizas. Suele ser constante en las actividades que le gustan.

Muestra interés por la comunicación con el otro, aunque su dificultad con el lenguaje le lleva a retraerse. Se siente inseguro en la relación con los demás de forma que prefiere mantenerse al margen de la relación social. En pequeño grupo y con otros de su confianza se muestra más comunicativo y cercano en el trato.

Es afectivo y solidario. No tiene adquirida la lectura y la escritura. Puede ser agresivo en situaciones de conflicto. Mantiene una actitud huidiza a la hora de comunicar sus sentimientos. Es autónomo en la vida diaria. Es espontáneo. El taller en el que está desde que comenzó en el Centro es el de cocina. Es de origen hispano. Asiste al Centro desde 2005.

- **Participante 8 (M.).** 30 años.

Diagnóstico: Crisis Convulsivas Generalizadas por Epilepsia de Etiología sufrimiento Fetal. Retraso Mental Moderado.

Es participativa y muy activa; a veces, manifiesta actitudes invasivas y maníacas. Le gusta dirigir al grupo y con muy baja aceptación de las frustraciones. Participa de todas las actividades del Centro, aunque no es muy constante en ninguna. No sabe leer ni escribir y esto la frustra mucho. Tiene muy en cuenta las cosas que ocurren en lo cotidiano. Cuando siente que no entendemos lo que quiere expresar, adopta actitudes desagradables. Es autónoma en la vida diaria.

Manifiesta y muestra interés por las relaciones sociales. Busca y manifiesta el deseo de mantener relaciones de índole social con los demás. Es impetuosa en sus elecciones. Disfruta en la relación con los demás., aunque en ocasiones es excesiva en sus expresiones. Hace participes a los demás usuarios de sus estados emocionales pidiéndoles ayuda o consuelo. En los procesos de decisión tiene una disposición maníaca y obstinada, siendo difícil que pueda analizar la situación.

No sabe leer ni escribir, aunque muestra una gran persistencia para conseguirlo. Cuando se embarca en una tarea es constante y activa.

En el plano emocional es consciente de las emociones que esta vivenciando, mostrando respuestas desajustadas, siendo muy intensa. Posee un carácter autoritario y muy marcado que le hace mostrar rigidez de pensamiento. Es tenaz y testaruda. Es autónoma en la vida diaria. Asiste al Centro desde 1998.

- **Participante 9 (L.).** 38 años.

Diagnóstico: Síndrome de Down.

Activa, participa en todas las actividades del Centro. Caracterial y ambivalente en sus decisiones. En muchas ocasiones, se muestra muy intransigente con sus decisiones, adoptando actitudes distantes y agresivas; en otras ocasiones, es muy afectiva y cariñosa, adoptando actitudes muy generosas y sumisas. Vive en la Residencia de Discapacitados. Suele ser constante en la actividad de costura. Tiene gran dificultad para tolerar la frustración. Tiene una obsesión especial y es la de reunir pedazos de hojas de revista, acumulando una cantidad importante y pasando horas revisando esos pedazos. Le gusta ser líder. No mantiene conversaciones. No sabe leer ni escribir. Es autónoma en la vida diaria, excepto en la ducha.

Tiene un carácter muy posesivo y, en ocasiones, muy agresivo. No es fácil saber el porqué de esas reacciones agresivas, pero cuando se producen, son muy ostensibles y la aíslan de cualquier contacto relacional con nadie. Parece que, en estas ocasiones, sufre de no saber ella misma qué le motiva a esas reacciones y suele tener un gesto muy contrariado y triste. Es frecuente que estos episodios, al cabo de un tiempo no muy largo, acaben en solicitar y dar abrazos con expresiones intensas de afecto. Asiste al Centro desde 1995.

- **Participante 10 (J.).** 24 años.

Diagnóstico: Retraso Mental Moderado. Trastorno de refracción y acomodación. Parálisis Cerebral Infantil y Atrofia del Nervio Óptico. Diaplejía Espástica.

Discapacidad psíquica y lesión neurológica con afectación importante para la marcha y la motricidad. Tiene buen nivel de lenguaje. Es afectivo, muy comunicativo y participativo. Le gusta ser tenido muy en cuenta en todas las actividades. Es

autónomo, aunque precisa de ayuda para vestirse, ducha y ciertas actividades en la vida diaria. Tiene adquirida la lectura y escritura, a un nivel básico. Es cariñoso y atento a las necesidades de los demás. No suele tolerar la frustración, sintiéndose con facilidad incomprendido y triste. Necesita ser el centro de atención de los demás.

Muestra interés por las relaciones sociales. En la interacción social se presenta interesado por los aspectos cotidianos de los demás usuarios, recordando fechas de cumpleaños o preocupándose por sus problemas cotidianos.

Se interesa por entablar conversación con los demás, dominando los aspectos de la comunicación y habilidades sociales.

En el desenvolvimiento cotidiano, manifiesta habilidades de resolución de conflictos. En la toma de decisiones es dubitativo prefiriendo que sean otros quienes elijan por él. En lo afectivo se muestra cariñoso aunque en ocasiones sus respuestas afectuosas son desajustadas.

A nivel manipulativo, se maneja con destreza teniendo en cuenta su discapacidad. En la comprensión de nuevas tareas muestra habilidad para el aprendizaje. Asiste al Centro desde 2010.

- **Participante 11 (R.),** 24 años.

Diagnóstico. Síndrome de Down.

Muy participativa y entrometida con los demás. Es muy afectiva y relacional. Le gusta participar de todas las actividades del Centro. No suele oponerse a las propuestas que se le realizan. Suele ser constante en sus tareas, sobre todo en el taller de artesanía. Le gusta la vida en el grupo. No suele tolerar bien la frustración, sintiéndose herida y adoptando actitudes de aislamiento. Tiene un conocimiento muy básico de la lectura y escritura. Tiene especial énfasis en agradar y ser querida. Asiste al Centro desde 2009.

10.9.2. Pre-test-2: Línea Base del Grupo Control

En segundo lugar se presenta la **Línea Base** de la que parte cada uno de los participantes del grupo control. Se trata de 7 sujetos, 6 mujeres y 1 hombre, con una edad media de 36,42 años.

- **Participante 1-(M).** 38 años.

Diagnóstico: Retraso Mental Profundo. Epilepsia

Su capacidad verbal de comunicación es muy escasa. Comprende básicamente lo que se le dice, pero su nivel de respuesta verbal es muy escasa; a penas si se le oye el tono de su voz y responde con monosílabos o palabras muy escuetas si se le insiste o si es algo que necesita comunicar. No es activa. No es autónoma en la vida diaria. No tiene grupo de amigos y no participa de las actividades generales del Centro. Está medicada por crisis epilépticas, siendo muy infrecuente que sufra estas crisis. No sabe leer y escribir. No es espontánea y no suele manifestar lo que quiere; se mantiene aislada.

Las relaciones sociales, aunque su nivel de lenguaje es escaso, son de interés para ella. Le gusta estar con los demás utilizando la sonrisa cuando se acerca a otros. En la interacción, busca pasivamente comunicarse, siendo esta comunicación difícil ya que su lenguaje es ininteligible.

Lleva a cabo la expresión de sus emociones ya que cuando le pasa algo lo intenta explicar y consigue reflejarlo. A las preguntas de “¿cómo estás?” gesticula acorde a los sentimientos que tiene.

No sabe leer ni escribir. Le gustan las actividades Artísticas (como el dibujo, manualidades, pintura...) Es capaz de permanecer constante durante un tiempo prolongado en una misma tarea.

En cuanto a la toma de decisiones, no se muestra activa, dejando que sean otros quien le propongan la actividad, pero muestra a través de su expresión facial si está a gusto donde se le ha propuesto.

En el plano manipulativo, es cuidadosa, elije materiales y formas de manera repetitiva. Es tranquila y paciente a la hora de llevar a cabo las tareas. Asiste al Centro desde 1997.

- **Participante 2-(D).** 29 años.

Diagnóstico: Retraso Mental Moderado por Encefalopatía, Etiología sufrimiento fetal.

Padece una lesión neurológica, con leve afectación a la marcha. Tiene una disartria muy importante cuando habla, aunque son muy escasas las ocasiones en las que emite palabras. En general no habla; responde con gestos de aprobación o no aprobación, pero rehúye emitir palabras y, en las escasas ocasiones en las que lo hace, son con un tono de voz casi inaudible e ininteligible. En general, solo se muestra más motivada en la actividad de costura; en las demás actividades no suele participar. Las relaciones con los demás usuarios del Centro, sin ser muy explícitas, son de positivas y de mucho respeto.

No suele comunicar sus estados de ánimo ni comparte con los demás sus experiencias con espontaneidad. Sin embargo, si se le da tiempo y se le presta atención, sí comunica sus estados de ánimo y experiencias.

Es muy respetada por los demás, pese a su escaso lenguaje comunicativo. Es muy observadora y constante. Le gusta ser reconocida por los demás y que vean sus progresos y sus trabajos. Es atenta y afectiva. Es muy constante en sus trabajos. Casi todo el tiempo está en el taller de costura.

Su lenguaje es muy escaso y casi ininteligible. Tiene un mutismo selectivo muy importante; es difícil que se exprese con lenguaje. Sin embargo, es muy atenta a las

conversaciones de los demás y vive intensamente el clima del taller. Asiste al Centro desde el año 2000.

- **Participante 3-(Y).** 35 años.

Diagnóstico: Retraso Mental Ligero. Trastorno adaptativo de etiología no filiada.

Es muy participativa y comunicativa. Le gusta ser líder de grupo. Es muy susceptible a las críticas y responde con agresividad verbal o con ausentarse de la situación. Tiene un lenguaje verbal muy conseguido. No le gusta participar de todas las actividades del Centro; suele estar más en la actividad de costura y artesanía. Le gusta ser el centro del grupo. Es frecuente que se comunique desde la queja y las demandas de atención. Es autónoma en la vida diaria. Tiene un manejo suficiente del dinero. Asiste desde 2002.

Mantiene relaciones sociales dentro del centro y fuera. Establece lazos de amistad con relativa facilidad aunque en ocasiones puede ser invasiva y autoritaria.

Se muestra extrovertida siendo ella quien inicia conversaciones, en algunas de estas ocasiones puede hacerse repetitiva en los temas e insistente en la demanda de atención.

Mantiene relaciones de noviazgo mostrando un rol dominante, siendo ella quien toma muchas decisiones de forma unilateral en pareja.

Sabe leer y su lenguaje es comprensible. Posee información de los sucesos que ocurren en el país y los comenta, además de tener una opinión formada sobre ellos. En lo emocional se muestra intensa en la expresión de las emociones. En cuanto al ajuste de las emociones tiene tendencia a sufrir estados depresivos, y más tarde pasar a estados de alegría exacerbada.

En lo manipulativo, es minuciosa y detallista, cuidando al máximo lo que hace. Se esfuerza en perfeccionar lo que hace, no dejándolo hasta que no esta como quiere. Asiste desde 2002.

- **Participante 4-(C)** . 35 años.

Diagnóstico: Síndrome de Down.

Es comunicativa y participativa. Le gusta ser escuchada y suele participar de la vida del grupo. Suele mostrar una actitud empática y poco conflictiva en sus relaciones. Tiene una vida paralela, “alucinada”, aunque eso no le impide ni determina su relación con los demás. Dice que es la mujer de Manolo Escobar y tiene organizada en su casa todo un espacio para la vida conyugal con él. No sabe leer ni escribir. Es afectiva y organizada en sus tareas. Es constante. No le gusta variar de actividad.

Es alegre y colaboradora. Muestra preferencia e interés por la interacción social. Disfruta del contacto y busca activamente el contacto con el otro. Aún presentando grandes dificultades con el lenguaje, esto no le impide manejarse en la comunicación.

No sabe leer ni escribir. Posee un lenguaje ininteligible, aunque es intencionado. Presenta verborrea y dificultad para expresar lo que quiere decir. Muestra interés por las actividades que se le proponen. Expresa su necesidad de aprendizaje y de reconocimiento social. Asiste al Centro desde 2005.

- **Participante 5-(C1)**. 40 años,

Diagnóstico: Síndrome de Down. Afectiva y comunicativa.

Presenta escasas habilidades para la interacción social. Muestra interés por la comunicación, inicia conversaciones pero en muchas ocasiones esta comunicación se queda en el inicio ya que se adentra en un argumento repetitivo e inconexo.

Presenta labilidad emocional, es intensa en la vivencia y expresión de sus emociones. Muestra sus afectos estableciendo relaciones de gran vínculo con el personal técnico. Participativa en el trabajo diario aunque con tendencia al adormecimiento y lentitud.

Disfruta en las ocasiones que se consideran “propias” para el disfrute. Comprende lo que se le dice, aunque sus respuestas están desajustadas. Manifiesta idealizaciones continuas con argumentos fantaseados de cómo sería según su mundo interior.

En los procesos de razonamiento no consigue “salir” de la repetición y sus razones son casi inamovibles. En lo referente a la toma de decisiones, no posee habilidades prefiriendo que sean otros quienes hagan las propuestas. Asiste al Centro desde 2005.

- **Participante 6-(P).** 63 años.

Diagnóstico: Deficiencia mental media.

Es autónomo en la vida diaria. No sabe leer ni escribir. Le gusta participar de la vida del Centro. Tiene una disartria importante que, en ocasiones, hace difícil entender lo que quiere decir, pero no le afecta eso y, gracias a su insistencia, se comunica y se hace entender con facilidad. No muestra especial interés por ninguna actividad concreta. Es entrometido con los compañeros y le gusta ser el centro de atención.

Se relaciona de forma conveniente con los demás usuarios y mantiene relaciones sociales. Disfruta de la interacción social, buscando el contacto social aunque metiéndose en ocasiones en un proceso repetitivo y que puede llegar a ser desagradable.

Presenta habilidades para manejarse de forma adaptativa en el entorno social dentro de su municipio. Se desplaza con gran soltura por su entorno inmediato. Utiliza recursos sociales como el Centro de personas mayores, asiste a los eventos de su municipio, etc.

Muestra adecuada motricidad fina, se emplea en tareas que requieren destreza manipulativa resolviéndolas con gran capacidad.

Para la toma de decisiones necesita de la participación de otras personas aunque es capaz de hacer saber lo que quiere y lo que no. En los procesos de resolución de

conflictos, aunque puede tardar en encontrar la solución posee constancia e imaginación para alternativas resolutivas del problema. Asiste al Centro desde 1995.

- **Participante 7-(Cp).** 32 años.

Diagnóstico: Retraso Mental Medio.

En general es autónoma, aunque para algunas de las cosas necesita supervisión y/o ayuda. Busca la aprobación continua de los demás; siempre está preguntando si estamos enfadados con ella y si la queremos.

Muestra deseos de relacionarse con los demás, pero le cuesta bastante; la manera que ha encontrado de hacerlo es contando (chivándose) de lo que hacen y ellos, por tanto, se enfadan con ella, lo que conlleva que la mayor parte del tiempo esté de trifulcas.

Le gusta participar de las actividades (siempre que no sean físicas) aunque no se mantiene mucho en la actividad y dice que necesita descansar.

Tiene escasas habilidades sociales, con gran dificultad para la interacción social. En los procesos de comunicación con los otros, responde con monosílabos y pregunta con un discurso de repetición.

Muestra una sonrisa social indiferenciada para cualquier situación. No muestra interés por las relaciones sociales ni por la comunicación.

Personalidad reservada con tendencia a la soledad. Entendemos que esto es producido por la medicación ya que su activación cambia según las temporadas. En las épocas en las que el tratamiento está ajustado, se muestra activa y más comunicativa, no siendo así en las épocas en las que le aumentan la medicación.

En lo referente a la toma de decisiones, mantiene una actitud conformista, haciendo aquello que se le pide y no mostrando preferencia ni rechazo por las propuestas.

En lo afectivo, es amable y estable. En ocasiones tiene momentos de tensión y de malestar en las relaciones con los demás.

10.9.3. Post-test 1: Evolución del Grupo Experimental

Se procede a continuación a la descripción del seguimiento de cada participante del taller, exponiendo los comentarios más destacables de cada uno de los miembros del grupo experimental. Se detalla el nivel de desarrollo alcanzado, expresado también en la medida de edad mental, en cada fase de la investigación.

- **Participante 1 (R.):** 35 años.

1º año		2º año		Evolución
Pre	Post	Pre	Post	
21	----- 26	26	----- 33	12 meses

En Rosana encontramos que hay una rápida evolución en el área de lo social, en todo aquello que tiene que ver con el contacto con los demás. Al inicio le costaba mucho entender que podía hacer un trabajo creativo desde aquello que sintiese o pensase. Cuando comenzaba la obra, demandaba la mirada de los demás para obtener la aprobación, pero también, para dar a conocer que ella es la que estaba haciendo esa obra. Es en el segundo año cuando ella comienza a poder disfrutar un poco haciendo obra, cuando comienza a sentir que tiene cierta autoría satisfactoria de lo que hace. Es entonces cuando comienza a dar más sentido a las obras realizadas, puede hacer esbozos de escenas familiares y suele traer en cada obra retazos de recuerdos de infancia. Casi todos estos recuerdos tenían que ver con situaciones de dolor o cuando menos desagradables y de tensión. Los temas más recurrentes eran situaciones de castigo físico o de rechazo emocional, y las tensiones entre los padres. En otras ocasiones, podía traer recuerdos de escenas menos dramáticas. En casi todas los recuerdos y escenas que rememoraba, aparecía la cuestión de qué querían sus padres, dónde iban y qué querían de ella. Frases que enunciaban esto son por ejemplo: “Dónde ha ido papá...”, “qué quieres....”, “¡te voy

a dar con la garrota!", "hacía daño...", "¡Déjame, a mí, no!", "¿me quieres?...sí" (mirando un dibujo que representaba su madre), "¡Ya están aquí!"...

Resulta muy interesante que en este tiempo de Taller de Arteterapia, Rosana haya podido sentir cierto interés por la atención de los demás, por llamar su atención y, a su vez, por sentirse objeto de atención. En el segundo año, se observaba que manifestaba un interés más activo en las actitudes de los demás, no solo como espectadora ni solo para imitarles, sino con ciertos intentos de comprenderles; claro está, que desde sus grandes limitaciones cognitivas y expresivas. Ello es así desde que muestra deseos de ser tenida en cuenta, siendo esto vital para su desarrollo, ya que es desde ahí, desde donde puede comenzar a sentirse individual, a sentir las diferencias como algo que la ubica como singular. Hemos de tener en cuenta que a Rosana le caracteriza una grave patología del Desarrollo.

De un modo muy progresivo ha ido adquiriendo la actitud de pedir ayuda o auxilio ante las acciones agresivas de otros compañeros. Hasta ahora, no solo no pedía ayuda, sino que parecía que no evitaba e, incluso en ocasiones, motivaba ser agredida como una manera de ser tenida en cuenta. Creo que esto es debido a que se ha producido en ella la satisfacción por la vivencia emocional compartida y la satisfacción por tanto de expresar y recibir muestras de atención empática y afectiva. Podemos considerar esto también de mucha importancia, ya que si comienza a sentir la satisfacción por el intercambio afectivo, la está situando en una posición de subjetividad y de afectos deseados, es decir, que puede comenzar a pensar los afectos, a darles forma. Creo que esta es la única y más positiva manera de comenzar a dejar su grave patología del Desarrollo, ese estado de autismo importante en el que lo singular parecía no existir. De este modo, da sus primeros pasos para sentirse parte de una relación con los demás y no solo como espectadora pasiva de la vida de los demás. Considero que esto ha sido el avance más importante que ha tenido y el más importante que pudiera haber tenido. Los items que en ella dan prueba de ello son: participa con compañeros, trae a la obra escenas de relación con los compañeros en el Centro, espera su turno, comparte, se hace valer socialmente, reconoce aunque muy básicamente los sentimientos de los demás,

En el área de coordinación corporal, motricidad fina y perceptiva, también se han notado pequeños avances, fruto, principalmente, del aumento de su seguridad y ganas de participación con los demás.

Es destacable también su aumento de comprensión en lo que se le dice, tanto en comunicaciones de la vida diaria como en conceptos cognitivos.

En su capacidad expresiva es reseñable que sus expresiones ya van siendo no sólo de monosílabos, sino que encadena algunas pequeñas frases y hay una intención explícita de expresar sus sentimientos. Esto es lo verdaderamente importante, que sienta la necesidad de expresar “sus” sentimientos.

Otro hecho importante es que relaciona palabras con imágenes, iniciando así un proceso de asociación y de cierta metaforización. Tal y como expresé anteriormente, p, este es una de las características más importantes a conseguir para el desarrollo en la discapacidad psíquica. De este modo, hacia mitad del segundo año, comenzó a poder ponerle título a su trabajo creativo, siendo este un hecho de mucha importancia en el desarrollo de Rosana. Poner título al trabajo significa “poder ver” con otra distancia lo realizado. Hacia la mitad final del segundo año, solía dibujar pequeños gráficos que ella explicaba como si fuesen frases. Esto es también muy interesante, ya que es el inicio de la simbolización y, si cabe, más aún en una patología del Desarrollo.

Como conclusión, en Rosana, se ha observado una evolución muy significativa pese a estar solo dos experiencias de Taller. Está menos rígida, acepta más el contacto con los otros, mostrando más sus emociones y se muestra más participativa en las tareas de taller. Hay una evolución importante en su mirada; no sólo la mantiene, sino que busca la mirada de los otros. En esta experiencia ha pasado de estar en una posición de casi continuo aislamiento a poder reconocer que las emociones son lo valioso de las relaciones. Ha sentido la necesidad de la comunicación y de formar parte de la vida del grupo y, aunque todavía a niveles muy básicos, considerando su grave patología, ha sido muy positiva su evolución. En el primer año tuvo una evolución en

edad mental de 5 meses y en el segundo de 7, lo que hace que en el transcurso de las dos experiencias sean 12 los meses de evolución. Si bien al inicio de la experiencia se mostraba sin motivación, con casi imposibilidad de hacer obra creativa y mucho menos ponerle explicación, el hecho de poder ir apropiándose de sus obras y de poder ordenar sus creaciones, ha posibilitado que su estado general haya sido más empático, sonriente y conectada, sin ausencias. Considerando su patología, se considera que es un avance extraordinario.

No asistió al tercer año de arteterapia, debido a que todas las participantes que residían en la Residencia de Discapacitadas, dejaron de venir al Centro de Día de Archena.

- **Participante 2 (M.):** 59 años.

1º año	Evolución
Pre Post	
41 ----- 49	8 meses

En Mercedes, pese a estar solo un año, se observó también una evolución destacable. Su ritmo normal de vida, como he descrito antes, es de cierto aislamiento y ubicada desde historias fantásticas que no se atienen a la realidad situacional. Como resultado de su paso por el Taller, observamos que ha habido algunas variaciones en su modo de estar en el grupo, respondiendo más al contacto social, expresando emociones y tratando de comprender las emociones de los demás.

Al inicio le costaba mucho centrarse en qué hacer y en la elección de los materiales. Sus obras eran, en general, sin forma definida, de colores muy oscuros y trazos muy deformes. Hacia el final del Taller, dejó la oscuridad de sus colores y sus trabajos tenían carácter figural y más de acuerdo a lo que ella describía de ellos.

En Mercedes era muy evidente su dificultad de responder a momentos situacionales, reinando su fantasía sobre cualquier situación relacional. Parecía tener un lugar

confuso desde donde pensarse y, por ello, tenía que recurrir a historias fantásticas; nunca podía decir nada referente a su realidad presente o pasada. A lo largo del Taller, fue incrementándose su capacidad de concentración y fueron apareciendo pequeños recuerdos y anécdotas de su historia, aunque no lo suficiente como para que dejase ese lugar fantástico que inventaba en cada ocasión. Pero sí se fue observando como comenzaba a describir, a través de sus obras, sentimientos y emociones del momento. Y no solo las propias, sino que reconoce y presta atención, haciendo algunos esfuerzos por comprender las de los demás. Es interesante destacar que en la valoración final del primer año, ya contestaba coherentemente a preguntas del tipo de “¿qué harías sí...?”.

Destacable también que su permanencia en el grupo, hacia el final, fue siendo más serena y participativa, esperando su turno y mostrándose atenta a las explicaciones de los demás.

Es destacable también como su aumento en la capacidad de concentración ha posibilitado un pequeño incremento de sus respuestas cognitivas y manipulativas. Hacia el final de la experiencia, comenzó a traer a su obra algunas escenas breves de relación con los compañeros, así como a preguntar por la obra de los demás. Este hecho es importante, ya que preguntar por la obra de otro supone un interés por el modo de ser de los otros, y lo que es más importante, introduce una apertura de interrogación al modo de ser propio, y esto en Mercedes supone un avance muy considerable.

Es muy importante que hay podido, casi al final del grupo, dar nombre a sus trabajos creativos en las sesiones, pudiendo dar así un sentido más subjetivo a lo propio y autorizándose a nombrar, a dar una forma social a lo hecho desde lo subjetivo. Podía ahora expresar sensaciones y sentimientos acordes con la obra realizada y más en relación al “aquí y ahora”. En relación a esto, comenzó a formular preguntas a sus compañeros sobre sus obras y, aunque en ocasiones no eran muy oportunas, sí que indicaba un intento y una posición más participativa y socializada. De este modo, mínimamente, pero podía ser partícipe de algunas conversaciones.

La evolución de Mercedes, teniendo en cuenta su edad y que estuvo solo un ciclo de la experiencia, hemos de concluir que fue muy positiva. Comenzó a poder alternar sus historias fantásticas con el “aquí y ahora”, sus aislamientos con el gusto por ser partícipe del grupo.

- **Participante 3 (J.):** 39 años.

1º año		2º año		3º año		Evolución
Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
52	----- 55	58	----- 66	70	----- 74	22 meses

Debido a su estilo de buscar la mirada continua de los demás, al inicio no podía hacer obra creativa, ya que ocupaba todo el tiempo mirando y tratando de que la mirasen los demás. En muchas ocasiones había que insistirle en que dejase a los compañeros y compañeras y que hiciese algo con los materiales. Se ponía, pero casi al instante, volvía a buscar la mirada. Si no recibía respuesta, podía quedarse mirando al grupo todo el tiempo, hasta que alguien la interrumpa. Cuando alguien le devolvía y le mantenía la mirada unos instantes, sus frases repetidas eran “yo te quiero mucho.... ¿me quieres, me quieres?”. Estas frases las repetía hasta que el otro contestaba o se marchaba.

La evolución de Josefina ha sido lenta pero constante. Esa necesidad de ser en la mirada, de mirar y ser mirada no desapareció. Sin embargo, ha ido, progresivamente, pudiendo tomar espacios para hacer su trabajo en las sesiones y entre buscar la mirada y seguir buscándola, podía hacer trabajo creativo.

Respecto de su participación verbal, a partir de la mitad del segundo año, comenzó a expresar ideas sobre sus trabajos, que si bien al principio era solo una expresión general, en el tercer año podía argumentar con un poco de desarrollo el sentido y la significación de su obra. Ahora bien, en ningún momento ha dejado de buscar el encuentro y la fijación en la mirada del otro. Pero, sin embargo, pudo dar título a su

trabajo creativo, expresar emociones y escuchar las de los demás. Josefina tiene una memoria prodigiosa, diría que una memoria algo más que fotográfica, pero, sin embargo, no puede valorar las emociones de los demás más allá de repetirlas.

En los temas que describía, normalmente, trataba de incorporar algún tema que le había interesado de los compañeros y lo atribuía a su obra. Así podía describir sentimientos y, en ocasiones, traía recuerdos de infancia; en casi ninguna ocasión, trató temas familiares. Sus temas eran alrededor de los afectos y de relaciones entre compañeros.

- **Participante 4 (P.):** 38 años.

1º año	Evolución
Pre Post	
60 ----- 67	7 meses

Paco lo pasó mal en el transcurso de la experiencia. Parecería que decidió formar parte de la experiencia, fundamentalmente, por la presencia de sus compañeros, por ver qué hacían ellos.

Al inicio y durante toda la experiencia en la que participó, tuvo gran dificultad tanto para pensar y llevar a imágenes y obra la propuesta realizada, así como poner palabras y argumento a lo que había hecho. Parecía no tener la mínima capacidad de abstracción y de asociación. Sufría por no poder imaginarizar, por no poder fantasear, por no poder decir casi nada de lo que había hecho. Después de las primeras sesiones en las que sufría por no poder hacer ni decir, era frecuente que pasase varias sesiones sin hacer obra propia y miraba con atención lo que hacían los demás; de la misma manera, en el tiempo de palabra, escuchaba con atención lo que decían los otros, extrañándose por los contenidos que se iban articulando. Se le decía que formaba parte del grupo, acompañándonos y participando de los comentarios de los demás. Esto lo iba alternando, es decir, unas sesiones hacía obra

y otras observaba. Es como si no tuviese permiso para pensar por sí solo, como si no pudiese sentir que existe en su modo de pensar y de sentir.

Comenzó a sentirse más participativo a partir de que a mitad de experiencia, a partir de una obra en la que pudo traer la vivencia de la pérdida de su padre, de cómo lo echaba de menos, de lo que sintió en el proceso de enfermedad del padre, de cómo se acordaba de él, de cómo era su padre en vida. Estos temas le ocuparon tres sesiones, entre las que algunas de ellas no hacía obra.

Paco solía ser un tanto agresivo con el lenguaje y no soportaba las diferencias de opinión. Hacia el final de la experiencia era mucho más acogedor de las diferencias y podía escucharlas sin ponerse agresivo. Al mismo tiempo, en el tiempo de palabra grupal, comenzó a participar, dando su opinión sobre las expresadas por los demás en tono conciliador y constructivo.

Al final, podía hacer obras en relación a la propuesta realizada, aunque las hacía rápido, pasando gran parte de la sesión observando a los demás. En otras ocasiones, era cuando faltaban cinco minutos para terminar, cuando se animaba a hacer alguna obra.

Al inicio de las sesiones, se mostraba rígido y rehuía las aproximaciones de ningún compañero o compañera. Se ponía nervioso; no podía soportar la presencia cercana o las propuestas de hacer en conjunto. Al final de la experiencia, desapareció mucho su rigidez corporal y permitía el contacto con los demás.

Algo que también es destacable es que pudo ir, poco a poco, reconociendo errores, aceptando otras propuestas a las suyas sin sentirse molestado o rechazado. Dejó de tener sus reacciones agresivas impulsivas para dar paso a considerar un respeto y un tiempo antes de reaccionar, lo que suponía, incluso, abandonar la situación sin responder. Creo que afrontar los sentimientos y todo lo relacionado con la pérdida de su padre, recordarlo, poderlo pensar en imágenes y en voz alta, le supuso un cambio de perspectiva y de subjetivación ante los demás. Pudo sentir la empatía

afectiva y poder, de alguna manera, ponerse en el lugar del otro para comprender sus emociones.

Al año siguiente, decidió no continuar con la experiencia de Arteterapia. No ofreció ninguna explicación; creo que no quería volver a pasar por la tensión de imaginarizar y tampoco quería que sintiésemos que rechazaba la experiencia. Casi todas las sesiones posteriores, aparecía por la sala y se dejaba ver y nos veía, pero decidía no entrar.

- **Participante 5 (A.):** 39 años.

1º año		2º año		3º año		Evolución
Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
59	----- 64	64	----- 69	70	----- 78	19 meses

Alma se caracteriza por su carácter reservado, poco expresiva y poco espontánea. A su vez, es muy cordial en su lenguaje, mostrando siempre intención de conciliación, siendo muy afectiva en sus expresiones y siempre en tono romántico, sensible y con cierto sabor melancólico.

Al inicio de la experiencia, la temática de las obras solía ser repetitiva, así como los materiales elegidos. Al mismo tiempo, eran obras que nunca acababan de terminarse, aun cuando se diese más de una sesión. Trabajaba frecuentemente con color y empleaba mucha cantidad, del mismo color, pasada tras pasada, sin saber nunca cómo acabar. Dejaba por fin las obras diciendo que no estaban acabadas, pero que no podía terminarlas; decía que no sabía terminarlas. Esto le estuvo ocurriendo durante casi todo el primer año. Los temas que describía en torno a esas obras, eran temas muy confusos, inconexos y, de alguna manera, retorcidos; al final de su descripción, no quedaba nada clara la lógica que había seguido. Las obras tenían una forma muy complicada, sin armonía figural, siendo muy difícil ubicar algo de lo que contaba después. Parecía que lo que contaba no tenía nada que ver con la obra dibujada. Se observaba que ella tenía cierta consciencia de esa distancia entre

lo que decía de la obra y la obra misma, y ello la dejaba un poco triste y con sensación de desubicada, de cierta despersonalización.

Ya en el segundo y tercer año, el modo de hacer las obras fue variando; hacía más mezcla de colores, podía trabajar con varios colores al mismo tiempo sin mezclarlos, la forma de sus trabajos era más definida. Al mismo tiempo, el tema que argumentaba a cada trabajo era más consecuente, menos melancólico y por contra más familiar. En el tercer año, en sus temas se acercaba a cuestiones familiares tales como la pérdida de su padre y luego de su madre, las discusiones entre los hermanos por la herencia, las discusiones por quién se iba a ocupar de cuidar de ella, qué significa que los hermanos se quieran, cómo es el amor de una madre, cómo es el amor de un padre, por qué se suicidó un hermano, cuando se gesta el deseo por los hijos (esto lo describía preguntándose desde cuando se quiere a un hijo, y si a los hijos se les puede querer antes de tenerlos), cómo es la amistad, cómo es el cariño en la amistad, si las diferencias pueden llevar a que la amistad o el amor se rompa, su futuro como independiente. Son temas muy interesantes que pudo ir planteándose y, con ello, pudo imaginarse, de un modo sencillo pero lo pudo hacer, en el futuro, pudo tener la consciencia de que ella producía sus pensamientos, la consciencia de su soledad, de las diferencias familiares, del miedo a que no se ocupen de ella. Podría decir que fue dejando aquella sensación de despersonalización y pudo subjetivar como propio aquello que sentía y pensaba, y esto es lo que hizo que sus obras fuesen girando hacia poder tener un final, poder desprenderse de ellas o retomarlas para rehacerlas.

En el primer año repetía sus enunciados muy afectivos; en el segundo comenzó a querer igualar lo que decían los demás con lo que ella había dicho, con el ánimo evidente de anular las diferencias. Ya en el tercer año, podía escuchar y preguntar y, hasta, aconsejar a los demás, permitiendo las diferentes maneras de ver o enfocar una situación sin sentirse con malestar o excluida. En este tercer año, eran muy frecuentes las frases metafóricas y con intención de “profundas”. En Alma tiene un valor especial la sensación afectiva, el sentir afecto, más allá de la circunstancia que lo motive.

Al inicio se mantenía un poco apartada de los demás, no participaba del grupo, para ir progresivamente formando parte de las decisiones del grupo y proponiendo iniciativas. En sus relaciones de grupo, comenzó progresivamente a compartir e intercambiar, en principio materiales para después ideas y argumentos. Esto lo permitió que tomase una actitud de escucha activa y de interesarse por las diferencias no como excluyentes sino como un modo más de estar en grupo.

Por otra parte, también destacaría que su tiempo de trabajo de taller, su ritmo de trabajo varió considerablemente, no quedándose estancada, sino más ágil y recibiendo sin resistencias las nuevas propuestas de trabajo.

Participante 6 (Y.): 28 años

1º año		2º año		Evolución
Pre	Post	Pre	Post	
58	----- 61	62	----- 71	13 meses

Al inicio de la experiencia, Yolanda tenía especial interés en obras que fuesen muy bonitas, coloridas y muy expansivas. Esto corresponde a su carácter empático y que necesita de la aprobación constante de su presencia. Sus obras iniciales respondían a su interés de hacer grupo, de contemplar a muchas personas. A veces, se perdían en lo abstracto y falta de conexión; sus obras, parecían piezas sueltas sin unión. Luego, en el tiempo de palabra, intentaba darle una unión que le era imposible y lo pasaba mal; se quedaba desubicada y con malestar.

Progresivamente, fue conectando más con cuestiones personales que iba trayendo en su discurso del tiempo de palabra, y sus obras comenzaron a ser menos expansivas y más centradas en un tema. Así, pasó a ir comentando aquellos temas que le preocupaba o que le preocuparon. El primer tema que inició su proceso de acercarse más a lo íntimo, fue cuando pudo traer, a partir de las imágenes, la pérdida de su madre. Su madre se suicidó, ahorcándose, y ella fue quien la encontró. Esa imagen, dice que no se le ha borrado y que le hace daño. A partir de ahí, cambió todo para ella; fue internada en un Centro, no ve casi nunca a su padre y solo es con

una hermana con la que tiene una relación más o menos de continuidad. En las sesiones en las que habló de su madre, se preguntaba el porqué de la decisión de suicidarse, sobre las relaciones de los padres y madres con los hijos e hijas. No entiende por qué ella tiene que estar fuera de su familia; no entiende por qué su padre no la llama nunca. Le preocupa mucho su futuro y no sabe si siempre va a estar en Centros o no. Se pone triste por no poder tener nada que decir en su destino. Como en otros casos, son preguntas que no tienen fácil respuesta, pero que el hecho de poder formularlas, ya supone una nueva posición subjetiva; ante la pregunta está la posibilidad de la respuesta y al formular la pregunta, de alguna manera, se siente cierta liberación de la causa de la pregunta; es como si al formular la pregunta, se traspasase cierta responsabilidad.

A partir de ahí, su posición en las sesiones fue otra más dinámica y con más facilidad para expresar a través de las imágenes. Encontrar imágenes para su expresión era vivido como una cierta liberación; de hecho, después, en el tiempo de palabra, lo vivía con satisfacción por poder describir con palabras sus imágenes, su obra.

Por su carácter explosivo, en ocasiones podía ser agresiva. Esto fue disminuyendo, dando paso a poder aceptar las diferencias en las discusiones y que no todo es como uno quisiera, sin que por ello haya que mostrar todo el malestar. Creo, que de alguna manera, comprendió que el malestar forma parte de uno mismo y no todo el malestar se tiene que manifestar. Para ello, creo que fue esencial, poder llevar en los trabajos creativos de las sesiones, su malestar, sus impotencias, sus dudas, sus preguntas: fundamental que pudiese preguntar y que todos pensásemos sus preguntas. Compartiendo las preguntas, se compartía mucho más, se compartía un modo de sentir y de pensar. Creo que fue esto lo que le llevó a poder tener más facilidad para contenerse en momentos de discusión y a aceptar, en muchas ocasiones, las diferencias como no excluyentes.

Yolanda pasó de poder describir sus sentimientos a poder dar consuelo y acogimiento a los demás. Esto permitió que se incrementase su tendencia a compartir y colaborar en pequeño y gran grupo. Al inicio de la experiencia no estaba

cómoda si tenía que compartir materiales o espacio o actividad con los demás; por el contrario, al final, propiciaba los espacios para compartir. En este sentido, es preciso comentar también que comenzó a asumir la responsabilidad de sus errores y de sus responsabilidades, sin tener que insultar a nadie ante sus errores.

Es también muy destacable que hacia el final de la experiencia, escribía grafismos que supuestamente explicaban el sentido de la obra realizada. No solo lo explicaba verbalmente, sino que tenía la necesidad de que quedase por escrito. Creo que esto es un avance espectacular, ya que no solo tenía satisfacción por hacerse entender verbalmente, sino que quería la constatación por escrito, como algo que le garantizase la autoría de lo hecho.

- **Participante 7 (C.):** 26 años.

1º año		2º año		3º año		Evolución
Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
66	----- 70	71	----- 77	77	----- 87	21 meses

En C. ha habido una gran evolución. Al inicio tenía gran dificultad para concretar en obra las imágenes mentales que le surgiesen a partir de la propuesta creativa, muy probablemente por esa gran disartria que le caracteriza y que le impide comunicarse como quiere. Ante esa dificultad, se inhibe o se pone muy tenso, y solo hace gestos o sonidos ininteligibles para señalar lo que quiere decir.

Un tema recurrente en él ha sido el tema de su país de origen, ambiente, naturaleza y, con mucho interés, la familia que allí tiene. Durante el primer año, era este su tema más repetido, fuese cual fuese la propuesta creativa. Hacía pequeños grafismos, líneas o manchas de colores, y decía que era su país y, en otras ocasiones, su familia, pero no argumentaba nada más; si se le insistía, o bien se marchaba o se mostraba muy tenso. Ahora bien, se sentía muy satisfecho de que todos pudiesen mirar su obra. Es destacable que se emocionaba con mucha facilidad en la realización de sus obras.

Conforme iba avanzando el taller, iba incorporando en sus obras imágenes de su familia con la que reside en España y cosas de la vida cotidiana, del “aquí y ahora”. Respecto de su relación con los demás, va sintiéndose más seguro en sus actividades comunes y va siendo más frecuente que les solicite ayuda y colaboración cuando lo necesita. A partir de la mitad del segundo año, hay un incremento en su satisfacción en la expresión de sus emociones y en que los demás entiendan sus sentimientos cuando, con sus dificultades, los describe. Habla más de sus experiencias como algo importante de comunicar y compartir. Un salto importante ha sido que ya en el tercer año, no se inhibía tanto ante las dificultades de su lenguaje y se esforzaba más, permitiendo con agrado que los demás le ayudasen a decir lo que él quería pero no podía. En este sentido, decir que cada vez más es más capaz de reconocer sus errores y de adquirir responsabilidades, así como de compartirlas. También va siendo más capaz de afrontar situaciones nuevas y permitirse experimentar nuevas experiencias.

Va adquiriendo una posición cada vez más de liderazgo en el grupo y se siente cada vez más cómodo en la participación grupal.

En la realización de sus trabajos del taller, hacia la mitad del tercer año, inicia algo que es muy sorprendente y valioso; comienza a poner muchos signos gráficos que quieren indicar una descripción por escrito de su obra. Estos signos gráficos nos recuerdan el inicio de la escritura, en la que los signos hacían referencia a un hecho. Creo que este es un hecho muy importante, por dos razones. La primera es que hay un argumento y que no solo lo quiere dar a entender con su lenguaje, sino que quiere que sea en lenguaje escrito, tomando así, desde lo escrito, una permanencia y una significación mayor. La segunda, porque es el logro de una simbolización clara; ya puede traer imágenes que le ayuden a concretar su pensamiento y, estas, son algo que enuncian y no solo que representan. Se le nota más alegre en su vida diaria y han disminuido mucho sus conatos agresivos o defensivos. Creo que la razón de esto es que ha llevado a símbolos escritos lo pensado y sentido, que ha podido imaginarizar lo que piensa y siente.

La evaluación realizada muestra que también ha habido un desarrollo de su capacidad cognitiva muy importante. Es interesante destacar cómo su pensamiento y su acción ha dejado de estar dominada por la inmediatez y lo concreto, para poder dar paso a una simbolización mayor, es decir, a poder poner un tiempo de mediación entre la frustración y la respuesta, entre la emoción y el pensamiento. Se podría considerar que, quizá, lo más importante en la evolución de Carmelo no es solo el aumento de disfrute de la relación con los compañeros, no es solo su mayor facilidad para la comunicación, no es solo su elaboración del “aquí y ahora”, etc, sino que pueda dar un tiempo a sentir las emociones sin tener que dar una respuesta inmediata. Ese tiempo es el tiempo de la subjetividad, de la apropiación subjetiva, de la diferenciación singular que inaugura la construcción de la comunicación.

- **Participante 8 (M.).** 30 años.

1º año		2º año		3º año		Evolución
Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	
66	----- 68	68	----- 77	77	----- 81	15 meses

Al inicio de la experiencia, hacía las obras sobrecargadas de elementos, de materiales, de color, de trazos; parecía que quería sorprender y llenar el espacio. Sus temas eran profusos y, en muchas ocasiones, faltos de conexión. Los colores se amontonaban, espacios vacíos y escasa armonía pictórica.

Le gusta ser líder y que se sigan sus opiniones, discutiendo con mucho énfasis cualquier idea que surja distinta. En el trabajo de sesión, en muchas ocasiones, no hacía fácil la dinámica del taller. O bien se mostraba muy dinámica e invasiva de todos, con mucho lenguaje y actividad, o bien, por el contrario, se mostraba muy pasiva con comentarios despectivos sobre el día, sobre la propuesta, sobre lo que hiciesen los demás; en estos momentos, parecía disfrutar de la discusión y del

malestar que causaba. Esto era un reflejo claro de su estar general en el Centro, con su fuerte carácter impredecible y ambivalente.

En el tiempo de palabra, había una prolongación de su estar en la sesión; o bien hablaba por todos y de todos tenía que decir algo, o bien no decía nada y creaba un clima de tensión y malestar.

Considero que esta dinámica era debida a la falta de conexión entre lo que sentía y cómo lo podía pensar, entre las sensaciones y las imágenes que podía crear. Esta dificultad, este intervalo de tiempo entre lo sentido y lo pensado, esta desubicación entre la idea y la emoción, es lo que hace que Mónica encadene un carácter fuerte e impulsivo. La dinámica de Arteterapia la confrontaba directamente con esa necesidad de unir pensamiento y emoción.

Suele ser altiva y en su lenguaje siempre queda un tono desafectivo, un tono en el que lo importante son los hechos y no las palabras ni las emociones. Su tono general siempre es muy exigente y dado a pedir responsabilidades. Cuanto más impulsiva está, más desafectiva se manifiesta. Sin embargo, es muy observadora y suele tener muy en cuenta el que los demás estén atentos a sus necesidades o circunstancias personales; por ejemplo, si no viene un día al Centro, se molesta si no se interesan en saber el por qué, si es que ha estado enferma o cualquier otra cosa.

El tiempo de taller, el clima de trabajo de libertad creativa y la posibilidad de describir y ser escuchados por los demás, fue haciendo que Mónica pudiese ir incorporando ese tiempo que tiene que darse entre pensamiento y emoción, que no es otro que el tiempo de la subjetivación, e ir haciendo suyas las sensaciones que le iban surgiendo. Poder soportar y contener ese intervalo de tiempo es el mayor logro de Mónica, porque ese duelo que supone la pérdida que irremediamente se produce entre lo sentido y lo pensado, es lo que la hizo crear un sentido de Sí menos impulsivo y más intersubjetivo.

Fue a mitad del segundo año cuando se hizo más evidente que su impulsividad había disminuido y que sus reflexiones eran mucho más consecuentes y pensadas. Hasta este tiempo, cuando ayudaba a alguien a hacer algo, era casi con la obligación de que tenían que hacer lo que ella les proponía. Su necesidad de estar con los demás le hacía no soportar las diferencias.

Fue fundamental en ese proceso de elaboración, su evolución en lo transferencial. Si bien al inicio se situaba en el lugar de la búsqueda de la fortaleza del Otro, a través de las provocaciones al Arteterapeuta y al grupo, esto fue variando situándose en un lugar de seguridad en el que podía hacer con el Otro, con el grupo. Su estado de ansiedad generalizada del principio, en el que no sabía estar en ese lugar de inseguridad a cerca de lo que quieren los demás, fue girando para poder soportar ese no saber del deseo de los demás y, por contra, querer construir con los demás. Este tránsito no fue fácil, porque tuvo que pasar, inevitablemente, por momentos depresivos en los que se debatía entre dejar el grupo o continuar, entre discutir o trabajar, entre proponer ideas o exigir las suyas. La posición del Arteterapeuta de dejar que el tiempo y el grupo fuesen lo suficientemente acogedores, fue vital para la evolución de Mónica. Para facilitar esto, el Arteterapeuta decía, según el momento, frases tales como: *“¡qué importante es tener las ideas para hacer!, es satisfactorio saber lo que uno quiere, ¡qué difícil resulta que los demás puedan comprender todo lo que uno quiere expresarles!, ¿las diferencias, siempre separan o también pueden unirnos?, ¡qué rabia siente uno cuando no sabe bien qué quiere!”*. Hacia la mitad del segundo año y en adelante, las intervenciones se fueron haciendo necesarias en el sentido de valorar sus ideas y sus emociones, más allá de que sean compartidas o no. Así, algunas intervenciones fueron: *“¿los afectos son complicados?, ¿qué causa que queramos a las personas?, ¿querer a las personas es obligado o una necesidad nuestra?, ¡qué difícil resulta que los demás no nos entiendan del todo!, ¿qué hacer cuando no nos entienden del todo?, ¿se puede hacer algo con los demás aunque no nos entiendan?, ¿qué quiero yo de los demás?, ¿entiendo yo a los demás como ellos quieren o necesitan?, ¿cuál es mi alegría de estar con los demás?”*

En el tiempo de mitad a final de la experiencia le dio mucha importancia al tema de la familia, a los afectos entre los miembros de la familia, el respeto por lo que dicen cada uno. De igual manera, dio casi la misma importancia a la familia extensa, abuelos, tíos y tías, primos y primas. Traía frecuentemente la muerte de sus abuelos y la importancia de no haberles conocido y que no la hubiesen conocido a ella. Como en sus compañeros de grupo, el tema de las pérdidas familiares es muy importante. Tienen muchísima dificultad para simbolizar la pérdida de un familiar, para hacer ese duelo, para querer sin la presencia efectiva del otro. Esta sensación les hace vivir con mucha relatividad e inseguridad los afectos que sienten que reciben.

- **Participante 9 (L.).** 38 años.

1º año	Evolución
Pre Post	
44 ----- 56	12 meses

Al inicio de la experiencia se manifestaba con su carácter habitual, metódico, maníaca, ordenada y con dificultad de compartir trabajo y/o materiales con los demás.

En ocasiones, suele responder con mucho carácter, agresiva y desconfiada, bien por alguna frustración o sin motivo aparente. En otras ocasiones, es muy afectiva y cariñosa. En el trabajo en las sesiones de Arteterapia solía ser muy celosa de su trabajo y muy metódica y maníaca; por ejemplo, si usaba rotuladores, los iba colocando después de usarlos de un modo exactamente igual para todos y si alguien los pretendía coger, era ella quien los facilitaba para dejar a todos los restantes de la misma manera. Esa precisión la usaba de la misma manera a la hora de hacer sus trabajos en las sesiones. Durante todo el tiempo, se empleaba con mucha dedicación y abstraída de los demás. Durante un primer tiempo de su experiencia, no describía lo que hacía, limitándose a repetir “*eso... no sé...*” Reconocía el trabajo como suyo, pero no tenía palabras para decir sobre su obra; podía permanecer varios minutos en silencio frente a su obra sin poder decir nada sobre la misma. En este momento,

sus imágenes todavía se le presentaban como congeladas, como sentidas pero sin significación. Quizá sea esta la razón de sus repentinos cambios de humor y de modos de estar. A veces, se cogía con las manos la cabeza y decía algo así como: *"aquí están los pensamientos...aquí están..."*, con gestos de dolor y cierta desesperación. Palabra y pensamiento no iban en ella de la mano.

En el transcurso de las sesiones, fue perdiendo el perfeccionismo para poder hacer obras más expansivas e, incluso, más expresivas y creativas. En este tránsito fue aportando más palabras a sus obras y se sentía más afectada por ellas. Fue en la segunda parte de la experiencia cuando comenzó a describirlas y hablaba de temas tales como los amigos, su hermano (el que es el responsable de ella), el Centro, las discusiones, etc. Si bien al inicio no participaba en el tiempo de palabra, hacia la mitad de la experiencia comenzó a participar y a interesarse por lo que decían los demás.

Otros aspectos que podemos señalar es que no se enfurecía al cometer errores y podía compartir con los demás materiales y colaborar en los trabajos. Comienza a hablar de sus sentimientos y puede comprender por la expresión facial los de los demás, así, como se muestra dispuesta a consolar a los otros.

Es destacable que hacia el final de la experiencia, sigue las normas del grupo sin la resistencia que mostraba antes y es más capaz de participar en actividades grupales. Ahora suele pedir permiso para coger las cosas del otro.

- **Participante 10 (J.). 24 años.**

1º año	Evolución
Pre Post	
58 ----- 64	6 meses

Desde su carácter muy educado y perfeccionista, tenía mucha dificultad para poder hacer la obra creativa; la creación de imágenes, la libertad mental que eso puede suponer, se confrontaba directamente con su estilo personal de perfeccionismo. Se

le veía sufrir para poder hacer la obra, para poder abstraerse y dejarse sentir por la propuesta. Se bloqueaba de tal manera que podía estar algún tiempo totalmente paralizado. Ante esta situación, siempre venía algún compañero o compañera y le ayudaba a iniciar el trabajo; generalmente era Mónica la que le ayudaba a comenzar. Una vez que alguien le hacía algunos trazos sobre la cartulina, él trataba de seguir ese estilo; es como si él no tuviese nada propio, nada que crear y tenía que continuar el estilo que la compañera había iniciado, con lo cual, a su término no podía decir nada de su trabajo y miraba a la compañera para que dijese qué era eso que él había hecho a partir de lo que había iniciado ella. En otras ocasiones, miraba a todos, para que alguien pudiese darle pistas sobre qué podía decir él o qué podría decirse de su trabajo. Si nadie le aportaba una idea de su trabajo, llevaba a su obra los argumentos de otros. Este era el problema fundamental de Juanjo, el de que él no tiene una idea subjetiva que le represente; le representa los valores educativos que ha recibido, pero no puede cuestionarlos. Cuando se trata de no repetir, se bloquea y se angustia. Sencillamente, no puede pensar lo que siente, no puede pensar lo que piensa, no puede poner imágenes y fantasear.

Los temas que más repetía hasta avanzada la mitad de la experiencia siempre eran relativos a lo que él quería a la familia y lo que la familia le quería a él, de un modo muy infantil y obsesivo. No había modo de que desplegase ese discurso ni que se pudiese iniciar otro.

Hacia mitad de la experiencia, pudo comenzar a liberarse un poco y a preguntar y preguntarse; de este modo, pudo comenzar a “jugar” con los materiales, en emborronar la cartulina, a romperla, a rehacerla. Comenzó aquí a poder tener la seguridad para poder cuestionar, para poder variar o romper conceptos e ideas. Al inicio, sus temas eran lo bonito de la familia, lo buena que es una madre, lo que lo quieren todos, etc. A partir de avanzada más de la mitad de la experiencia, comenzó con temas como el de la soledad, las dificultades para que les comprendan, la satisfacción porque tengan en cuenta sus decisiones, por qué las personas se quieren, cómo se hacen amigos, porqué alguien está triste, el gusto en ser querido,

etc. Evidentemente su actitud general pasó a ser un poco más exigente con los demás, pero a su vez pasó también a ser más comprometida y participativa.

Lo más interesante es que podía describir sus sentimientos y hacer valer ante los demás sus ideas. Dejó ese sentimentalismo deudor y fusional con los afectos familiares, para poder adquirir una posición más interrogante. Apareció en él la duda, la pregunta, las alternativas. La consecuencia de que aparezca en él la duda da a entender que comienza a producir pensamiento y singularidad.

- **Participante 11 (R.), 24 años.**

1º año		Evolución
Pre	Post	
62	----- 68	6

Es siempre voluntariosa y empática, aunque lleva muy mal cualquier contrariedad; su nivel de aceptación de la frustración es escaso. Por su fecha de inicio en el Centro, solo se pudo incorporar el último año de la experiencia. Observamos cómo durante este tiempo ha ido evolucionando en madurez y aceptación de las contrariedades.

Al inicio, sus obras eran de un marcado carácter infantil, con coloridos y formas muy infantiles. Por su dificultad importante de lenguaje, expresaba muy poco de lo que hacía. Desde el principio de la sesión hasta el final, siempre se mostraba muy trabajadora y se esforzaba en hacer bien las cosas; parecía que aún no se había quitado la cultura que traía de lo escolar.

En las primeras sesiones, en muchas ocasiones, parecía que no entendía la propuesta, pero, creo, que más que no la entendiese, era que no sabía cómo realizarla y volviendo a preguntar qué había que hacer, se estaba dando tiempo para ver el cómo hacerlo.

Sus primeras obras tenían que más que ver en si estaban bonitas y si gustaban, sin ningún argumento ni descripción. Parecía que el trabajo era solo la obra y no lo que dicha obra le suscitaba o de donde surgía dicha obra. Fue, escuchando a los demás y sintiendo los diferentes modos de hacer frente a una misma propuesta, lo que le hizo que, progresivamente, fuese incorporando el modo de pensar imágenes y darles sentido.

Como en Paco, hubo una sesión especialmente importante y es cuando pudo recordar a través del trabajo realizado la pérdida de sus padres. Lloraba y se preguntaba “por qué” se habían ido y ella se había quedado sola, sin ellos. En sesiones posteriores, fue haciendo distintas escenas sobre las enfermedades de los padres, el entierro, su vida de ahora con sus hermanos. Hay que precisar que sus padres se murieron con una diferencia de un mes; es algo difícil de elaborar en ese escaso tiempo, la pérdida de los dos. Pero poder formular las preguntas ya le situó en otro lugar que no solo en el de la pérdida, sino en el de la demanda, en lo nuevo porvenir.

Sus trabajos fueron evolucionando en complejidad, con más colores, más materiales, formas menos definidas para poder permitirse formas sin forma definida, sin que ello la angustiase; de este modo, se permitía aventurarse. Ahora bien, esto fue después de trabajar la pérdida de sus padres; se pudo permitir realizar trabajos menos definidos y afrontar lo nuevo sin esa angustia que aparecía al inicio.

Los temas también fueron moviéndose, trabajando las amistades, los regalos, la familia, el Centro. En definitiva, pudo trabajar el “aquí y ahora” desde la espontaneidad creativa.

El contacto con los compañeros, a mitad de experiencia, comenzó a variar; ya no era tan infantil, sino que podía relacionarse con ellos sin la premisa de la aceptación afectiva permanente. Pudo discutir y defender sus ideas sin inhibirse ni agredir. Pudo trabajar sola, sin la presencia continua y motivadora del Monitor. De este modo, incorporó que en ocasiones se trabaja mejor solo y en otras en colaboración con

otros. Así, pudo valorar la importancia del trabajo hecho y no solo que le motivasen para hacerlo.

Otro hecho a destacar es que a mitad de experiencia, comenzó a ponerle nombre a su trabajo creativo; ponerle nombre significa apropiarte de la obra y, a su vez, desprenderse de ella, porque ya se la presenta por su nombre, no por quién la ha realizado. Insisto en esto porque en Reme esto fue un hecho importante, el que las cosas tengan valor y vida más allá de ella y de su presencia. Destaco, por su importancia, que esto pudo ser después de afrontar el tema de la pérdida de sus padres.

10.9.4. Comparación entre los grupos experimental y control

- **Diferencia de medias (t de Student)**

A continuación se presenta la comparativa entre los grupos experimental y control en las diferentes variables consideradas en el estudio y a lo largo del desarrollo del programa, incluyendo una prueba t de Student de significación de diferencias de medias.

En la Tabla I se muestran los estadísticos descriptivos de la edad mental evaluada en cada una de las 5 áreas al inicio del programa, tanto en el grupo experimental como en el grupo de control. También se muestra el estadístico t de Student para comparar la edad mental entre grupo experimental y control para cada área.

Tabla I. Comparación de la edad mental previa al inicio del programa. Pre-test

Area	Experimental (n=11)	Control (n=7)	t	g.l.	P
Area 1	35.91 (15.385)	29.57 (16.782)	-,823	16	,422
Area 2	62.09 (14.693)	52.86 (19.506)	-1,146	16	,269
Area 3	59,09 (13,910)	51,29 (22,388)	-,919	16	,372
Area 4	58,27 (15,988)	49,00 (24,590)	-,976	16	,344
Area 5	53,36 (16,488)	47,57 (25,638)	-,587	16	,565

Nota: Media (desviación típica)

Según los resultados mostrados en la tabla anterior, la edad mental en cada una de las áreas no se diferencia significativamente al inicio del programa (Pre-test) entre los sujetos que formaban el grupo experimental y el grupo control.

La Tabla II muestra la edad mental en cada una de las áreas y la comparación de ésta en ambos grupos, para los sujetos que completaron un año del programa.

Tabla II. Comparación de la edad mental tras un año del programa. Post-test 1

Área	Experimental (n=11)	Control (n=7)	t	g.l.	P
Área 1	47,82 (19,462)	30,00 (16,673)	1,996	16	.063
Área 2	66,27 (14,248)	53,86 (18,668)	1,600	16	.129
Área 3	61,73 (12,256)	52,14 (22,011)	1,194	16	.250
Área 4	63,27 (16,924)	49,71 (24,199)	1,405	16	.179
Área 5	61,82 (17,354)	48,29 (25,519)	1,346	16	.197

Nota: Media (desviación típica)

Los resultados anteriores muestran que tras un año, el grupo experimental no se diferencia significativamente del grupo de control en edad mental en ninguna de las 5 áreas, aunque el área 1 está muy próxima a la significación estadística.

En los sujetos que han seguido durante 2 años el programa se aprecian un resultado similar al anterior.

Tabla III. Comparación de la edad mental tras 2 años del programa. Post-test 2

Área	Experimental (n=6)	Control (n=7)	t	g.l.	P
Área 1	56,67 (21,229)	33,86 (16,866)	2,161	11	.054
Área 2	73,00 (15,761)	56,14 (17,686)	1,799	11	.099
Área 3	69,67 (15,042)	54,86 (21,451)	1,415	11	.185
Área 4	67,50 (17,132)	53,00 (21,833)	1,314	11	.216
Área 5	67,67 (19,6549)	51,43 (22,006)	1,392	11	.191

Nota: Media (desviación típica)

Como se puede apreciar en la siguiente Tabla IV, es después de 3 años de seguimiento del programa cuando se aprecia un cambio significativo entre los sujetos del grupo experimental y control. En esta tabla se comprueba que la edad mental de los sujetos del grupo experimental es significativamente superior a la del grupo de control en todas las áreas.

Tabla IV. Comparación de la edad mental tras 3 años. Post-test 3

Área	Experimental (n=4)	Control (n=7)	t	g.l.	P
Área 1	77,75 (21,685)	37,57 (17,681)	3,355	9	.008
Área 2	86,00 (7,348)	59,29 (16,8599)	2,959	9	.016
Área 3	85,50 (11,000)	57,00 (19,866)	2,610	9	.028
Área 4	84,75 (9,179)	57,14 (21,287)	2,424	9	.038
Área 5	82,75 (9,708)	53,57 (20,639)	2,621	9	.028

Nota: Media (desviación típica)

- **Prueba No Paramétrica (U de Mann-Whitney)**

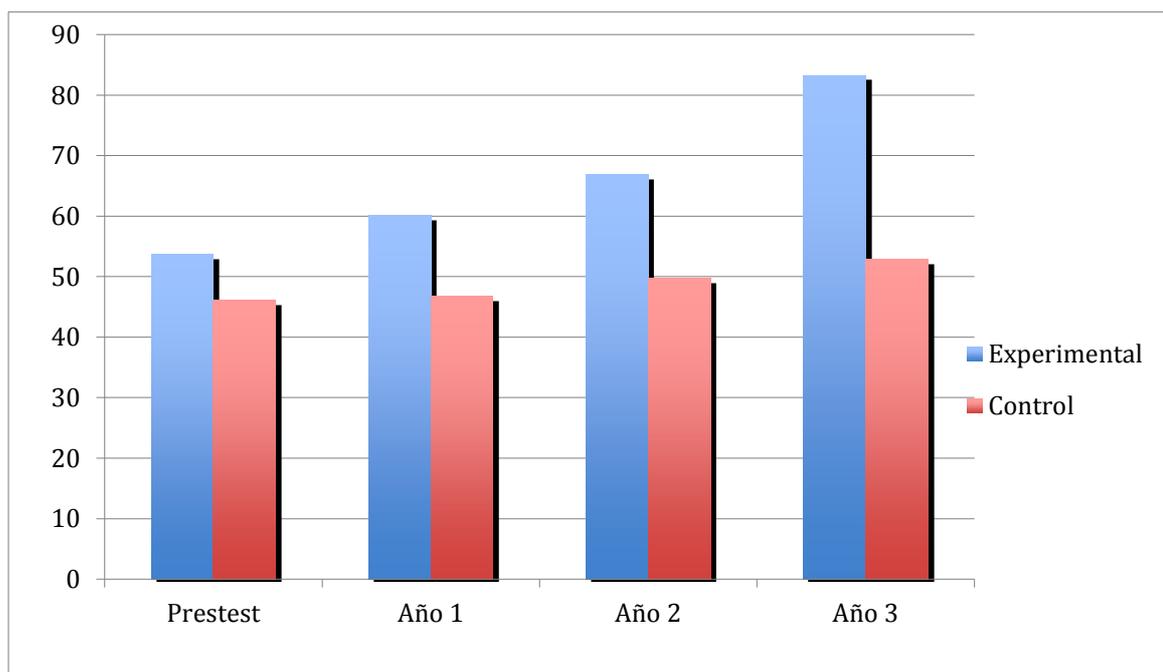
No obstante, dado que la comparación anterior se ha realizado sólo con 4 sujetos que han seguido durante 3 años el programa, también se ha utilizado una prueba no paramétrica, la U de Mann-Whitney, que constata la conclusión anterior.

Tabla V. Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Estadísticos de contraste

	Area 1	Area 2	Area 3	Area 4	Area 5
U de Mann-Whitney	3,000	1,000	3,000	3,000	3,500
W de Wilcoxon	31,000	29,000	31,000	31,000	31,500
Z	-2,084	-2,468	-2,098	-2,079	-1,989
Sig. asintót. (bilateral)	,037	,014	,036	,038	,047

Por otra parte, también se ha realizado un análisis de la evolución de cada uno de los grupos. En la Tabla VI, el Gráfico I muestra los promedios en edad mental de las diferentes escalas para el grupo experimental y control según los años de participación en el programa.

Tabla VI. Gráfico I. Promedios en edad mental



En la Tabla VII se muestran los estadísticos descriptivos básicos referidos al promedio de edad mental en las diferentes escalas, del grupo experimental y control según los años del programa. En el grupo experimental, los sujetos que siguieron el programa fueron, 11 en el Pretest, 11 durante 1 año, 6 durante 2 años y 4 durante 3 años.

Tabla VII. Estadísticos descriptivos de edad mental en las diferentes escalas

Momento	Experimental	Control
Pretest	53,74 (13,42)	46,06 (20,56)
Año 1	60,18 (13,32)	46,80 (20,09)
Año 2	66,90 (15,83)	49,85 (18,67)
Año 3	83,35 (4,58)	52,91 (18,47)

A partir de estos datos, en el grupo experimental se constata que existen **diferencias estadísticamente significativas** entre los promedios de edad mental en función de los años de participación en el programa ($F_{3,28}=5,250$; $p=.005$), como se adivinaba en el gráfico. En cambio, en el grupo de control no se aprecian cambios significativos con el paso del tiempo.

Al comparar los cuatro momentos entre sí, tal y como se muestra en la Tabla VIII, mediante comparaciones tipo Bonferroni, se aprecia que tras dos años de participación en el programa, la edad mental difiere significativamente de la mostrada al inicio. Tras tres años, la edad mental es significativamente superior a la registrada al inicio y al año de seguimiento del programa.

Tabla VIII. Comparaciones tipo Bonferroni de Edad mental según los años del

programa

(I) tiempo	(J) tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Pretest	2,0	-3,30000	3,48407	1,000
	3,0	-11,65000*	3,48407	,035
	4,0	-21,30000*	3,48407	,000
Año 1	1,0	3,30000	3,48407	1,000
	3,0	-8,35000	3,48407	,202
	4,0	-18,00000*	3,48407	,001
Año 2	1,0	11,65000*	3,48407	,035
	2,0	8,35000	3,48407	,202
	4,0	-9,65000	3,48407	,102
Año 3	1,0	21,30000*	3,48407	,000
	2,0	18,00000*	3,48407	,001
	3,0	9,65000	3,48407	,102

Dado que estas comparaciones agrupan diferentes sujetos según los años de participación en el programa, en la Tabla IX se muestra la evolución de los 4 sujetos que siguieron los 3 años el programa:

Tabla IX. Edad mental promedio de los sujetos que siguieron durante 3 años el programa

Momento	Edad mental
Pretest	62,05 (2,79)
Año 1	65,35 (5,51)
Año 2	73,70 (3,82)
Año 3	83,35 (4,58)

Nota: Media (desviación típica)

Al comparar los cuatro momentos entre sí, se constata que los sujetos que han seguido durante 3 años el programa, presentan diferencias estadísticamente significativas en su edad mental ($F_{3,12}=14,927$; $p=.000$).

Al realizar comparaciones tipo Bonferroni entre los distintos momentos se evidencia que a partir de 2 años de participación los sujetos presentan un promedio en edad mental significativamente superior al mostrado al inicio de la experiencia, tal como se expone en la Tabla X. Este resultado también se obtiene utilizando pruebas no paramétricas (U Mann-Whitney).

Tabla X. Comparaciones tipo Bonferroni de Edad mental en función de los años del programa para participantes durante 3 años

(I) tiempo	(J) tiempo	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
Pretest	2,0	-3,30000	3,48407	1,000
	3,0	-11,65000*	3,48407	,035
	4,0	-21,30000*	3,48407	,000
Año 1	1,0	3,30000	3,48407	1,000
	3,0	-8,35000	3,48407	,202
	4,0	-18,00000*	3,48407	,001
Año 2	1,0	11,65000*	3,48407	,035
	2,0	8,35000	3,48407	,202
	4,0	-9,65000	3,48407	,102
Año 3	1,0	21,30000*	3,48407	,000
	2,0	18,00000*	3,48407	,001
	3,0	9,65000	3,48407	,102

10.10. Discusión y Conclusiones

"¿Quién soy entre yo y yo?"

Fernando Pessoa

10.10.1. Valoración de resultados

El conjunto de resultados obtenidos en el estudio es susceptible de ser interpretado a la luz de los planteamientos teóricos que han sido considerados en los primeros capítulos. En concreto, si analizamos en su conjunto los resultados que nos ofrece la aplicación previa y posterior a la experiencia de Arteterapia, del Inventario Battelle aplicado, en sus distintas escalas por áreas, podemos realizar las siguientes apreciaciones.

- **Evolución del Grupo Control**

La evolución del Grupo Control ha sido homogénea desde el primer año hasta el tercero. Las puntuaciones han oscilado entre los 4 y 10 meses.

- La evolución media sumativa ha sido de 7 meses en los tres años.
- El año en el que más han evolucionado ha sido el tercero y último.
- La media de evolución en los tres años han sido:
 - el primer año: 1 mes
 - el segundo año: 2 meses
 - el tercer año: 3 meses

- **Evolución del Grupo Experimental**

- a. Participación en el primer año

En relación a los otros dos años, es el que menos crecimiento ha tenido. Sin embargo, podemos considerar que ha sido un año muy positivo. En este período, los participantes, hasta casi final del período, tenían verdaderas dificultades para incorporar la propuesta y crear imágenes internas sobre el tema propuesto, así como para poder argumentar y/o fantasear sobre las obras creadas. Pero pese a esta dificultad, han tenido un crecimiento notable, con una media de 5'5 meses de evolución. Este año ha sido el básico para poder afianzarse en el gusto por la creación y expresión.

La evolución general no ha sido muy homogénea, oscilando entre los 2 y 12 meses de evolución, hecho que contrasta con la homogeneidad que adquieren al final del Taller.

b. Participación en el segundo año

Es muy considerable también la diferencia positiva en puntuación respecto del primer año, con puntuaciones de 12 y 13 meses de evolución.

Es de señalar que del primer al segundo año se produce una evolución muy considerable.

c. Participación de tres años:

El área en la que más han evolucionado en Edad Mental ha sido la de “personal/social”, con una evolución que ha estado entre 42 y 32 meses de evolución, resultando una media de 36 meses.

Es destacable la relativa diferencia en los meses de evolución entre los participantes, lo que nos lleva a la observación de que han evolucionado con cierta homogeneidad, pese a las diferencias individuales y diferencia de puntuación en las subáreas.

Dentro de las subáreas, la de “expresión de sentimientos y afectos” es en la que más han evolucionado.

La evolución media en los tres años ha sido la siguiente:

- primer año: 7'5 meses (todos los participantes tienen una media de 5 y una tiene una puntuación de 12, siendo esto lo que eleva a 7'5 la puntuación media)

- segundo año: 7'6 meses

- tercer año: 6'5 meses

La evolución media sumativa es de 20 meses.

El área en la que menos han evolucionado ha sido en la "Motora", siendo por otra parte previsible, ya que la metodología del Taller de Arteterapia propicia más la introspección y el autoconocimiento.

La segunda mejor área valorada ha sido la de la "Comunicación" y no nos resulta extraño, ya que es muy complementaria con las subáreas de la de "Personal/social". Es interesante señalar la variabilidad de las puntuaciones globales del Grupo Control, en contraste con la relativa, pero al fin y al cabo homogeneidad que se ha producido en el Grupo Experimental. La causa de esto, podemos pensarla como que han ido creciendo en el espacio de la espontaneidad creativa, valorando y valorándose, y ello les ha llevado a despertar y desarrollar ciertas aptitudes, no ocurriendo así en el Grupo Control.

10.10.2. Análisis cualitativo. Las diferentes miradas.

Está claro que nadie tiene respuestas consoladoras al por qué de la muerte, pero poder formularlas sitúa al sujeto en un lugar en el que, aún sin respuesta, ya no está solo en el de la pregunta; lo sitúa en el lugar de la demanda, de la posibilidad, de lo porvenir. Esto creo que es lo que, a todos los participantes del grupo experimental que han podido estar toda la experiencia, les ha cambiado, cada uno en y a su tiempo.

Las sesiones han ido tomando "*cuero y forma*" con el transcurrir de sus tiempos vivenciales, las propuestas, los dichos y no dichos.

Han sido dos los ejes fundamentales de la experiencia: uno, la producción de imágenes y otro, los temas que han ido saliendo.

La creación y producción de imágenes, así como el manejo de los materiales y su composición, ha ido evolucionando a lo largo del Taller. La evolución de las obras es también un criterio en la evaluación de la experiencia. Es muy evidente que el modo de acercarse al material de trabajo y de su utilización, no corresponde solamente al aprendizaje por su experimentación; hemos observado que en el desarrollo del taller, ha habido un progreso y cierta maduración tanto en el modo de uso del material como en la composición de las obras. Ahora bien, creemos evidente que el progreso en el uso del material, es debido, fundamentalmente, a cómo se sienten con las obras realizadas, a su experiencia emocional con las obras. En la mirada a la obra, no solo hay una mirada unidireccional, sino que se sienten, de algún modo, interrogados por su obra; sienten el compromiso, la urgencia, la necesidad de poner sentidos a esa obra y, en muchas ocasiones, *“dejarse mirar por la obra”*, sin sentirse agobiados o inestables por ello.

Esta experiencia ha supuesto pequeños avances en el reconocimiento de la subjetividad de cada uno de ellos, si bien, y como no podría ser de otro modo, cada uno lleva su propio tiempo y ritmo. A tenor de las palabras que han ido poniendo en sus tiempos de creación y a sus obras, podemos observar la evolución en sus posiciones.

M. comienza el taller diciendo que *“se va a marchar y que esto la está matando”*, para tener la final una posición un poco más activa respecto a sus trabajos y preguntándose al final: *¿a mí me pueden echar de aquí?*

Tenemos a R. que es capaz de ir encontrando lo que tiene que hacer, encontrando un lugar en la sala y, lo que es muy importante, es asociando con sus obras; o emocionándose y diciendo que no sabe por qué llora. Sin duda, en R. esto es un paso muy importante para que pueda ir reconociéndose en su historia y, solo a través de ahí, es como podrá tener la propiedad de su pensamiento. Decir y recordar imágenes arcaicas de las vivencias familiares, se podría pensar que, dada la grave desestructuración psíquica en la que se encuentra, no es solo un modo de actualizarlas, sino de *“reconocerse”* en ellas. Está menos rígida, acepta más el

contacto con los otros, mostrando más sus emociones y se muestra más participativa en las tareas de taller. Hay una evolución importante en su mirada; no sólo la mantiene, sino que busca la mirada de los otros.

Con J. no es muy observable la evolución, aunque lo que sí ha internalizado es respetar el ritmo de los otros y saber responder con el lenguaje a las cuestiones preguntadas. Sigue teniendo como su énfasis privilegiadísimo, ser reconocida por la mirada de los demás, casi olvidándose literalmente de sí misma en esa fusión que hace de la mirada del otro. En numerosas ocasiones, se observa que se siente con malestar por no poder incorporarse a la espontaneidad; si se le devuelve, se enfada con genio.

En C. vemos como en la mayoría de las obras, asocia con recuerdos y/o escenas muy primarias, muy del lado del reconocimiento primario. En las obras, suele entrar en “fusión” con la obra y en el tiempo de palabra, puede ponerse con facilidad en situaciones emotivas de añoranza. Vemos en C. que antes se resistía a hablar por su inintegridad y ahora le gusta expresarse y pide hablar antes que los otros. También se observa que el contacto físico es soportado sin la tensión que le caracterizaba antes.

Con P. hemos visto una evolución muy importante y que es muy observable en la relación con los compañeros. Tiene buen lenguaje pero sus intercambios verbales eran muy limitados y ciertamente pobres. Por supuesto que no resultaba muy difícil decir algo de sí mismo más allá de mostrarse defensivo y negativo. Junto con C. utilizan la negatividad como modo de afirmación con mucha frecuencia. A lo largo del taller se le ha visto una evolución importante, pudiendo afrontar el tiempo de creación y el tiempo de asociación con su obra. Ha podido contar cosas de la familia, de cuando su padre falleció, de sus malestares con su madre, etc.

En Y. lo que se observa es la disposición alegre que tiene por las propuestas que se le hacen. En varias asociaciones nos ha parecido importante lo que ha contado sobre su familia, con esos recuerdos fijos de muertes y abandonos; consideramos que

cuando ha comentado algo en otros momentos sobre ello, no ha tenido la misma consideración que cuando lo evoca en arteterapia; aquí, hay una vivencia intensa de la situación y un reconocimiento de la diferencia con el recuerdo; quiero decir, que al venir la asociación a través de un proceso creativo, aun teniendo la misma tensión emocional, consideramos que surge la necesidad de elaborarlo y verlo con la distancia natural. De hecho, con el paso de las sesiones, ha dejado de repetir escenas parecidas, para dar paso a escenas ilusionadas.

10.10.3. Análisis cualitativo. Los contenidos.

En cuanto a los temas centrales que han ido caracterizando la vida del Taller, y que sintetizan y ponen de relieve las dimensiones abordadas, son los siguientes.

- **El interés progresivo por la palabra escrita**

Ha habido mucho interés a final de la experiencia en dejar por escrito sus ideas; podemos pensar que no responde a otra cosa que la necesidad de dejar por escrito es la búsqueda de la autoría de lo propio. Al escribir, la palabra toma dos sentidos tan complementarios como insolubles. Por una parte, la palabra escrita trata de sujetar el sentido a la letra, que el sentido deje de ser significante y permita “ser” en lo dicho y escrito. Por otra, la palabra escrita, toma una sobredimensionalidad metafórica que posibilita que el sujeto quede siempre un poco desubicado, descentrado, un poco más allá o más acá de lo dicho, de lo pretendido y en eso está su posibilidad de ser y de seguir siendo. Creo que a través de la producción y apropiación de las imágenes que cada uno realizaba o creaba en el Taller, han ido acercándose a esa posición de “*poder ser – siendo*”, y que, en definitiva, es la posición de todo sujeto pensante y deseante. Al término de los tres años, aquellos que conocían de un modo básico la escritura, disfrutaban enlazando palabras y construyendo frases. Otros que no conocían la escritura, era emocionante como escribían grafismos y los enlazaban hasta ocupar casi media página, contando historias, creando fantasía, transmitiendo pensamiento y deseo; disfrutaban

“haciendo como que leían”, aunque en realidad, se puede decir que *“leían”* sus historias. Creemos que esto es muy importante, ya que no solo se aumentó exponencialmente la capacidad asociativa, sino que pudieron incorporar la dimensión de lo temporal, del presente, pasado y futuro, siendo, como ya sabemos, que una de las condiciones para el desarrollo de la subjetividad es la incorporación de lo temporal como un elemento estructural. Por ello, es a partir de ahí, que son más capaces de percibir lo que piensan, así como, a su vez, de comenzar a poner en entredicho aquello que piensan, ya que el pensamiento viene atravesado por la dimensión temporal.

El tiempo de taller, el clima de trabajo de libertad creativa y la posibilidad de describir y ser escuchados por los demás, fue haciendo que, por ejemplo M. y otros, pudiese ir incorporando ese tiempo que tiene que darse entre pensamiento y emoción, que no es otro que el tiempo de la subjetivación, e ir haciendo suyas las sensaciones que le iban surgiendo. Poder soportar y contener ese intervalo de tiempo es el mayor logro de M., porque ese duelo que supone la pérdida que irremediabilmente se produce entre lo sentido y lo pensado, es lo que la hizo *crear un sentido de Sí* menos impulsivo y más intersubjetivo.

- **Imágenes cabalgantes – diálogos internos.**

Al inicio de la experiencia, en casi todo/as los participantes, palabra y pensamiento no iban de la mano. La producción de imágenes representativas les resultaba bastante complicada y, aún más, hacer algún discurso argumentativo de sus obras. Va siendo con el paso del Taller, como van a ir pudiendo dar sentidos emocionales a sus obras y, a partir de estas, acceder a su mundo interior, a su historia, a sus emociones, a sus frustraciones. Las obras realizadas han ido dejando de ser meras obras externas, para ser obras que son sentidas como un trozo de sí mismos y de su vivencia interior. A partir del segundo año y aún más en el transcurso del tercer año, las obras pasan a ser pretextos para favorecer diálogos internos. Esta es otra consecución muy valiosa, la de poder dialogar con la obra, en un diálogo que facilita la apertura y el placer por la búsqueda interna. Quizá sea esta la razón de sus repentinos cambios de humor y de modos de estar. A veces, una de las

participantes... se cogía con las manos la cabeza y decía algo así como: *aquí están los pensamientos...aquí están...*, con gestos de dolor y cierta desesperación.

- **Evocación de recuerdos familiares.**

El tema de las pérdidas familiares es muy importante. Tienen muchísima dificultad para simbolizar la pérdida de un familiar, para hacer ese duelo, para sentir que pueden querer sin la presencia efectiva del otro. Esta sensación les hace vivir con mucha relatividad e inseguridad los afectos que sienten que reciben.

Esta experiencia está suponiendo pequeños avances en el reconocimiento de la subjetividad de cada uno de ellos, si bien, y como no podría ser de otro modo, cada uno lleva su propio tiempo y ritmo. A tenor de las palabras que han ido poniendo en sus tiempos de creación y a sus obras, podemos observar la evolución en sus posiciones. Consideramos que la hipótesis se ha visto cumplida.

- **Vivencia de los duelos familiares.**

Es muy destacable que excepto en Juanjo, todos los demás participantes han abordado el tema de las pérdidas familiares como algo de enorme importancia, permitiéndoles recordar y emocionarse. Cada uno a su tiempo, han ido recordando sus familiares y las relaciones que tenían con ellos o ellas, valorando el tiempo de vida con ellos. Esta es una cuestión de mucha importancia; parecería que para todos ha sido la primera ocasión en la que han podido expresar de este modo emotivo y a su vez pensándolo, las relaciones con el familiar que ya no está. Haber podido sentir la necesidad de expresar esos sentimientos, les ha producido a todos la sensación de sentirse singulares, con unos sentimientos que por difíciles e intensos no se pueden expresar como se sienten, pero, a su vez, esto les hace sentirse singulares en su modo de sentir, les hace así “apropiarse” de lo que sienten.

Necesariamente existe una distancia insalvable entre las emociones sentidas, cómo se expresan y cómo percibimos que las entienden los otros.

Las emociones sentidas, vividas, esas que nos embargan, que nos hacen variar la vivencia de nuestro cuerpo, de nuestra respiración, de nuestra vitalidad, nos llevan a situaciones un tanto contrariadas pero constructivas; nos llevan a un terreno plagado de relatividad pero lleno de singularidad, con un peso, a veces, lleno de dolor de soledad, pero revestido de algo que nos envuelve y nos indica que nuestra existencia es única y sensible. Las emociones tan intensas que nos hacen vivir las pérdidas familiares, son tan necesarias como el aire para respirar. Sin esas emociones producto de la pérdida, sin esas pérdidas que nos dan el valor de lo vivido, que nos aportan la enorme satisfacción de la relación afectiva, que nos llenan de tensión y de deseo de participar con los demás, sin esas emociones no es posible la vida emocional y relacional. Es muy característico y generalizado que a la persona con discapacidad psíquica, no se le haga participe de los duelos familiares, con la mejor de las consideraciones al pensar que ellos y ellas no tienen capacidad de sufrir las emociones que provocan esas pérdidas. Con esta buena intención, producto de la mejor de las voluntades, lo que se consigue es que la persona con discapacidad psíquica se vea destinada a una doble alienación. Por una parte, al excluirse de la vivencia compartida de los duelos familiares, siente que él es incapaz de sentir un afecto reconocible y valorado por los otros, lo que le deja casi el único camino de tener que reprimir el pensamiento y los recuerdos, ya que no tienen lugar donde ubicarse, ni en lo íntimo ni en lo relacional. Pero por otra parte, algo que le resulta muy descorazonador y desvitalizante es sentir que su afecto, su dependencia, su vida relacional, no cuenta en la vida afectiva de los otros, lo que le lleva a desvalorizarse y desvitalizarse en su capacidad de vivir la intensidad emocional. Lo más desvitalizante es sentir que si su necesidad afectiva y su afecto relacional no cuenta en los otros, puede sentir que tampoco contaba para el familiar perdido, llevándole esto a un sentimiento de profunda relatividad y, por tanto, de desvalorización emocional.

La otra cuestión importante es la de cómo se expresan las emociones; es necesario para sentirse sujetos de deseo y de intersubjetividad, pasar por la experiencia intensa del esfuerzo de expresar lo emocional con la vivencia de no poder expresar todo lo que se siente. Esta experiencia que ya se produce en los dos primeros años de vida y que es el motor de la comunicación y del lenguaje, en las personas con

discapacidad psíquica es una asignatura pendiente. Ante ese esfuerzo de simbolización, en general, se sienten muy angustiados y se enrocan en la dificultad de palabra y de expresión. Lo más negativo de esto es la sensación de desánimo que les sitúa en la desvalorización de sus expresiones y en la lejanía de poder vivir y recrear lo que sienten.

La tercera cuestión señalada es cómo perciben lo que los demás entienden de lo que ellos han expresado. En general, como la posición en la que los demás se ubican ante la persona con discapacidad psíquica es de proteccionismo, no se les suele dejar el tiempo necesario para su expresión y siempre se trata de amortiguar su dolor, con la intención de que no sufran lo que no pueden entender. La realidad es que cada sujeto puede entender y elaborar su dolor si tiene la oportunidad de poder sentir que su dolor es permitido y acompañado por los otros de referencia; únicamente de ese modo, después se puede tener una vivencia del dolor interno como algo propio y que nos ayuda a ser.

Pues bien, creo que esta experiencia de la vivencia del dolor y del duelo, han podido expresarla en las sesiones de arteterapia y han podido sentir que compartían algo de lo propio, pero con la sensación de su singularidad. En cada uno, la expresión de esto ha posibilitado una evolución en sus procesos de maduración y de pensamiento.

Expresar los duelos familiares también les ha posibilitado sentir y, en algunos casos, hablar de las diferencias familiares, vivir la complejidad de las relaciones familiares y, de este modo, vivirse como uno más en la dinámica familiar y no vivirse como algo tendente a lo neutro de la vida familiar. Echar de menos a alguien, sentir su falta, sentir la falta en uno del familiar perdido, es necesario para sentir la gestión y producción emocional propia.

- **La escucha de lo otro, del otro.**

La participación en grupo, hablar de la obra propia y poner palabras a lo informe de la obra, compartir emociones y dudas, sostener la mirada de los otros en nuestra obra, todo ello, viene a hacer necesario la escucha activa del otro y, si bien, en principio, es para entender lo que dicen, es también para poder entender mejor lo que uno mismo dice. En la escucha al otro, siempre hay de vuelta un sentido que nos ayuda decididamente a entendernos mejor a nosotros mismos. Esto que es común en la vida social, con la discapacidad es todavía más evidente. En ocasiones, escuchar al otro, les suponía una confrontación directa con sus propias emociones, pero identificándose con los enunciados del otro. En estos momentos, más que dudar de lo que es propio y/o ajeno, el proceso por el que parecían pasar es por la vivencia de “lo propio en lo ajeno”, y esto les suponía un plus de seguridad y de pertenencia. Lo más importante es que, este sentido de pertenencia, les hacía ser en lo que expresaban y compartían con los demás.

La escucha del otro siempre va suponer una garantía de la existencia de lo singular y del espacio del deseo. De lo singular, porque lo dicho proviene de un otro emocional y esto, por sí mismo, inaugura la tendencia “a ser cómo” y “a tener cómo”, generando así la dinámica del deseo, es decir, la dinámica de ser para el otro. Esto ha sido muy evidente en los tiempos de trabajo de taller, pero mucho más en los tiempos de palabra. Lo que decían o expresaban los compañeros, era, en general, muy escuchado por los demás y les llevaba directamente a enlazar con cuestiones propias de sus trabajos o a querer incorporar a sus trabajos, argumentos y dichos de los otros. No creemos que esto se produjese por mera imitación, sino que, evidentemente, eso se producía por su necesidad de sentirse partícipes de la vida de los demás. Esta dinámica de incorporación es muy importante en la discapacidad, ya que sin ella no hay desarrollo subjetivo; podría haber aprendizaje imitativo pero no desarrollo subjetivo.

Escuchar es *imaginarizar*, es dar paso a otra escucha interna, es abrir la posibilidad de la diferencia y, a su vez, de la singularidad. Es por ello que, en aquellos que han

podido permanecer en el Taller el tiempo de la investigación, hemos podido observar no solo que escuchando se mejora la capacidad de comunicación, sino que también se dimensiona la integración de recibir lo nuevo de los demás y, con ello, de ampliar mis posibilidades de comprensión, tanto de uno mismo como de los otros.

- **La vivencia interior de las emociones, dar tiempo a las emociones.**

La participación en el grupo facilita la sensación de existencia de emociones que nos recorren nuestras vivencias y, así mismo, la evidencia de la producción emocional. El estar en el grupo posibilita y reafirma las dos pasiones básicas del sujeto, la de la semejanza y la de la diferencia. Pues bien, en la experiencia de arteterapia llevada a cabo, se veía en cada sesión como, desde el silencio grupal a la producción de sentidos y de palabras, cada uno tendía a hacer una identificación proyectiva con lo dicho, pero también, una comparación con lo vivido que les hacía presente la diferencia de un modo amable. Vivir la diferencia es uno de los objetivos más básicos que debemos de tener en el trabajo con la discapacidad, ya que si el sujeto se permite la diferencia, se está permitiendo implícitamente la singularidad, es decir, la subjetividad, es decir, la presencia del deseo singular. Esto es el mejor trabajo que se puede hacer con la discapacidad, ya que a partir de ahí viene el saber estar con los otros y con uno mismo.

La vivencia interior de las emociones siempre se da de un modo un tanto inquietante; nunca se sabe bien cómo van a fluir las emociones ni en qué grado las vamos a sentir y a gestionar. Pero esto mismo que nos da el sentido más pleno de libertad, es también una fuente de inquietud que ha de madurarse, es decir, de elaborarse. En la discapacidad, veíamos en los grupos cómo cada uno se veía atrapado en este movimiento grupal emotivo y cómo eso le hacía hablar, levantarse, preguntar, interrumpir, etc. Es decir, ese sentido de inquietud emocional que provenía del grupo era lo que les daba la sensación de estar vivos y de querer desear.

- **La vivencia del tiempo.**

Otro factor importante ha sido la vivencia de lo temporal. En la discapacidad psíquica, con mucha frecuencia se sienten perdidos entre la vivencia de su presente, de lo instantáneo y la falta de adecuación de sus recuerdos; es decir, un poco bastante confusos entre presente, pasado y futuro.

Como hemos descrito páginas atrás, es bastante común que la persona con discapacidad siente que vive en un presente ajeno, sin pasado ni futuro, en un tiempo que no le pertenece; pero lo que es peor todavía, es que la vivencia que tienen de su tiempo es que no le pertenece a nadie, quedando entonces al arbitrio de la necesidad y de la alienación.

En el Taller han podido vivir de un modo emocionado sus recuerdos y la relación de estos con su presente cotidiano. De este modo, han podido acceder, muy poco a poco, a la vivencia de la introspección y del sentimiento de que sus vivencias tienen un lugar en su historia.

- **La pregunta por los afectos.**

El tema de los afectos es central, como hemos ido viendo, en la evolución y maduración psíquica de todo sujeto y, por supuesto, también en la discapacidad. Los afectos tienen la especial particularidad de que se tienen que vincular a un otro semejante y es en esa vivencia afectiva que el sujeto se reconoce como alguien, tanto para sí como para los demás. El Taller ha ido evolucionando creando espacios de reconocimiento de vínculos afectivos, desde una doble vertiente. Por una parte, la consciencia de sus afectos como algo importante y que les hace sentir que *sienten* y *padecen*, siendo, por otra parte, esto lo que anima la demanda de encuentro con los otros. Por otra parte, la evidencia de su búsqueda de afectos en los demás y, así mismo, la evidencia de la necesidad afectiva. La imagen de las obras, sus argumentos, sus asociaciones, les disponen al acercamiento y la añoranza.

- **La diferencia entre pensamiento, lenguaje y emoción.**

La existencia humana, al contrario que la existencia instintiva animal, tiene lugar en la representación que sentimos para con los demás. De este modo, la existencia subjetiva, *el Sí Mismo*, es el producto de una labor creativa en nuestra experiencia de vida; es el resultado de la interacción significativa con los demás. En el Taller, la adecuación o no de la propuesta creativa con sus creaciones, las creaciones de los demás, las argumentaciones de los demás, han ido posibilitando que, poco a poco pero sin pausa, han ido incorporando la diferencia entre pensar, hablar y sentir, entre lo que sentimos y aquello que decimos de lo que pensamos y sentimos. Podríamos decir que en la capacidad de pensar, se inicia la andadura de no solo ¿qué piensa uno?, sino también la de ¿quién piensa en uno? Esto es un aspecto que se ha vivido de un modo muy claro en el desarrollo del Taller. Cuando se exponen las obras, cuando se vive ese momento doble de separación y apropiación de la obra, es ahí cuando aparece toda la dimensión de la subjetividad. En este sentido, el pensamiento introduce la necesidad del “tercero”, es decir, aquel que me lleva a pensar el él, a sentirme pensado por unos valores, por unos estilos de comunicación. Esto lo hemos podido observar cómo, ya en el tercer año de experiencia de Taller, se incrementó en ellos las sensaciones intuitivas, es decir, de ponerse en el lugar del otro y también de aventurar lo que podían o querían expresar.

Pensar no es solo ponerle argumento a las sensaciones, no es solo asociar unas cosas con otras; pensar es, en principio, llenar de imágenes la sensación e, inmediatamente, llenarlas de argumentos, de recuerdos emocionados, es decir, recuerdos cargados de “otros”.

Quizá lo más importante en Arteterapia y, aún más, con la discapacidad, es poder *estar en el tiempo de creación*, dando *forma a lo informe* sujetos que padecen de la identidad a lo informe, a lo no concreto, siendo, paradójicamente, imposible en el tiempo de la abstracción. Esto es precisamente el tiempo de creación: la aproximación a lo concreto de lo abstracto de la imagen de sí mismos que todos tenemos. Pero Arteterapia supone algo más y es el tiempo de palabra que acompaña

a la obra creada, aunque no sea una prioridad la palabra sino la cadena significativa que supone la creación; al poner palabras, es decir, imágenes conscientes, a la obra, esta adquiere otra dimensión que el placer estético que pueda provocar. Esta dimensión es la de pasar por el registro de lo consciente, de la visibilidad, de la sensorialidad y es aquí cuando estamos construyendo subjetividad.

Y es que, lo más decisivo, no es tanto la cantidad de cosas que puedan decir sobre su obra, la cantidad de recuerdos que puedan aparecer, sino la posición de necesidad y de pertenencia de la obra. Esto que, como comprendemos, no es fácil ni se da azarosamente, es lo que, en el origen del psiquismo, nos permitió a todos acceder al símbolo y a la imagen como algo que nos individualizaba y situaba en el Otro; pues bien, de eso es de lo que se trata en la creación en Arteterapia. Si la obra comunica lo propio y con la palabra hacemos consciencia de lo propio, la participación de la persona con discapacidad en Arteterapia supone un espacio de construcción de aquello que les define como discapacitados, es decir, aparecer como sujetos de la intersubjetividad.

En la discapacidad psíquica, una dificultad común es la metaforización y construcción de imágenes mentales que favorezcan la apropiación, reconocimiento y desarrollo del pensamiento. Ello es debido a la disociación que existe entre la imagen y su representación.

10.10.4. Verificación de hipótesis

El trabajo de investigación partía de la suposición de la aplicación de la Arteterapia a Personas con Discapacidad iba a producir un aumento sensible de sus capacidades y habilidades funcionales, con un desarrollo importante de la capacidad asociativa y el desarrollo del pensamiento y, como consecuencia, se produce una evolución de la Edad Mental de un modo significativo.

A tenor de los resultados, podemos concluir que se ha cumplido de un modo evidente la hipótesis de partida. De manera similar, las subhipótesis planteadas han

sido básicamente verificadas. Ambos extremos serán comentados más detalladamente en el siguiente apartado.

10.10.5. Recapitulación final

El apartado de la discusión final siempre nos resulta algo inapropiado, según en qué contexto; en este que nos ocupa, y preocupa, nos sentimos más cómodos con el término “inconclusiones” que con el de conclusiones. Terminar esta investigación con este término nos parece algo más apropiado, sobre todo por aquello de que la discusión final y la conclusión, parece que nos lleva a cerrar o concretar y, sin embargo, de esta experiencia surgen interrogantes por doquier y, también, alguna que otra conclusión.

Recapitulando, podemos decir que las personas con discapacidad psíquica están ubicadas en una difícil posición, aquella que es producto de ser “sujetos de intervención” y, sin embargo, parecería que desean ser “sujetos de participación”. Creo que esta es la mejor conclusión, es decir, la mejor inconclusión del trabajo: han crecido mucho madurativamente a partir de un espacio en el que han podido expresar, expresarse, conocer, conocerse, ..., y sobre pensar y pensarse. Como indicativo claro de ello es que el área en el que más han crecido es en la de “personal/social” y en la subárea de “expresión de sentimientos”. Es claro para todos que no puede haber subjetividad ni maduración sin esos dos componentes y ello es lo que permite la integración y desarrollo de las demás características de nuestro psiquismo.

Destacamos las altas puntuaciones obtenidas al final del Taller, entre 74 y 87, alcanzando una media de evolución de 80 meses, o lo que es lo mismo, una diferencia del inicio al final de 20 meses de evolución en tres años.

Es una evolución muy considerable, teniendo en cuenta desde donde se partía. Pero lo más destacable es que esa evolución ha sido a partir de sus procesos personales,

de ir “encontrándose”, de ir “pensándose”. Reconociendo-se, aunque sea de un modo muy frágil, en un modo de pensamiento que les es propio y que eso les pertenece como algo inalienable, pueden ir adquiriendo una posición subjetiva de participación activa en su desarrollo de vida. No estamos diciendo algo que no sea necesario e imprescindible para la salud de cualquier persona; lo que venimos a decir es que esto es también lo que las personas con discapacidad necesitan: ser sujetos de la participación (en el deseo del Otro) y del respeto a lo propio (en la demanda del Otro).

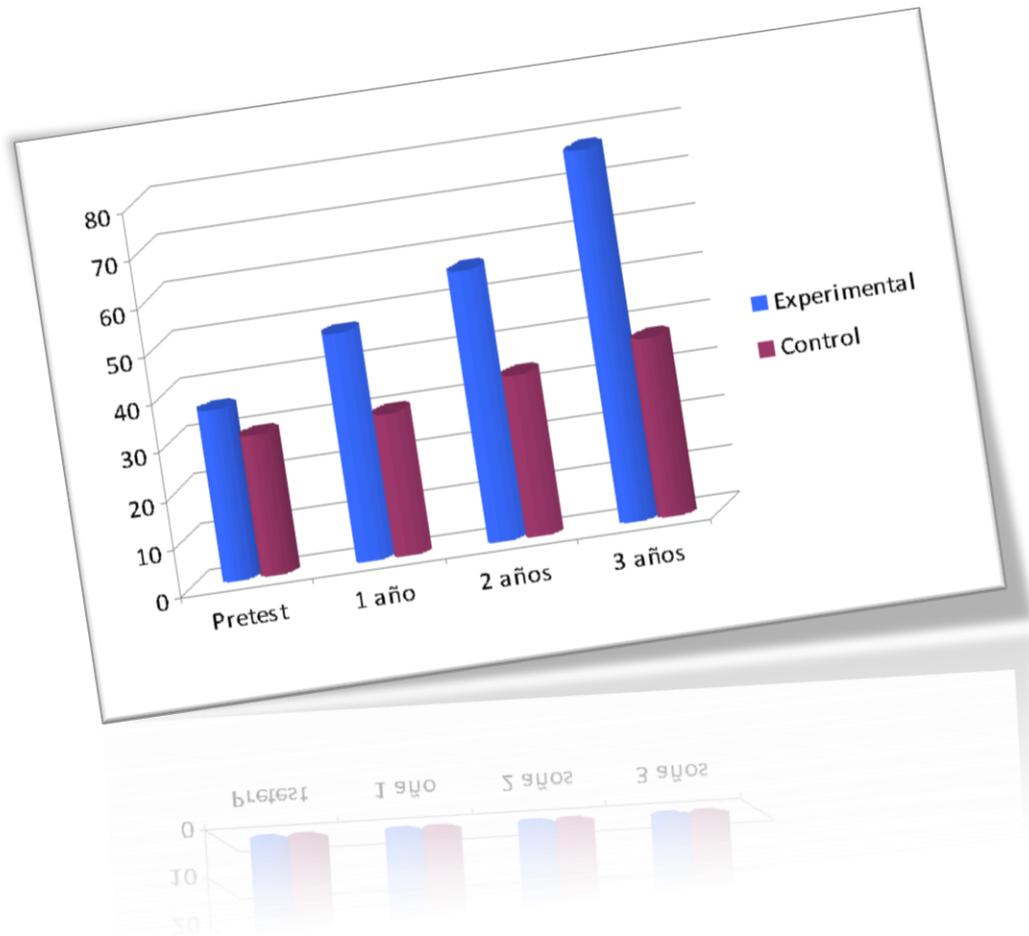
Como se ha ido viendo en el proceso de Taller y que hemos desarrollado páginas atrás, una de sus necesidades fundamentales, además del respeto a su presencia activa, es el del respeto a su tiempo, a su vivencia del tiempo, a su modo de ir apropiándose en el tiempo que necesita del Otro.

El segundo año es en el que más han puntuado. Se puede comprender que, después de pasado el primer año, es en este segundo año en el que más podían crecer, ya que a medida que van creciendo es, obviamente, más difícil seguir creciendo, resultando que este es el año en el que pueden desplegar más su desarrollo evolutivo. Alcanzados ciertos niveles, estos tienden a consolidarse y es más costoso continuar el crecimiento madurativo.

Consideramos que se han alcanzado también datos que permiten verificar las subhipótesis planteadas al inicio. Así, podemos destacar algunas de las variables que más han puntuado y que recogen lo esperado según aquellas. Tales son:

- aumento de la espontaneidad
- desarrollo de la capacidad de decisión
- aumento de la capacidad de expresión
- aumento de la capacidad para ponerse en el lugar del otro
- incremento de los recuerdos de su vida
- gusto por compartir
- valoración de la expresión emocional

Como conclusión general, queremos mostrar la evidencia, que se desprende de los datos resultantes, que en la discapacidad hay una estructura subjetiva “haciéndose”, llena de retazos por dar sentido, con una demanda de reconocimiento, pero no solo de su persona sino del reconocimiento de su devenir y con la necesidad de ser parte de la vida psíquica de su medio.



REFERENCIAS

- ABRAHAM, N. & Torok, M.; (2005). *La corteza y el núcleo*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu
- ACKROY , Peter (2004). *Tomás Moro*. Barcelona. Edhasa
- AGAMBEN, Giorgio, (2007). *Infancia e historia*. Buenos Aires, Ed. Adriana Hidalgo
- AGUADO DIAZ, A. León. (1995) *Historia de las Deficiencias*. Escuela Libre Editorial.
- ALCMEON, (2006). *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, nº 51, año XV vol.13,
- ALEXANDER F, SELESNICK S. (1970). *Historia de la psiquiatría*. Espaxs, Barcelona.
- ALEMAN, M. (1996). *Guzmán del Alfarache*, Ed. Akal
- ALONSO MONREAL, C. (1997). *Qué es la creatividad*. Madrid. Biblioteca Nueva, 2000.
- ÁLVAREZ, A. (1974). *Psicología del arte*. España: Biblioteca: Nueva Almagro.
- AMIT ROJAS, J. (2002). *El trabajo de creación: una creación que trabaja. Teorías implícitas elaboradas por creadores artísticos*. Actualidades en Psicología, Vol. 18, Nº. 105.
- ANZIEU, D. (1981/1993). *El cuerpo de la obra*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- ANZIEU, D. y otros: (1978). *Psicoanálisis del Genio Creador*. Paidós.
- ANZIEU, D.:(1995). *El pensar: del Yo piel al Yo pensante*. Biblioteca Nueva.
- ÁVILA ESPADA, A, y otros. (2014). *Introducción a los Tratamientos Psicodinámicos*. UNED.
- BAKTHIM (Voloshinov) (1976): *El Signo Ideológico y la Filosofía del Lenguaje*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- BARTHES, R. (2009). *De la obra al texto, en El susurro del lenguaje*, Paidós.
- BARTHES, R. (1992) *Lo obvio y lo obtuso*, Ed. Paidós, Barcelona.
- BECK, A., & EMERY, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- BENEDET, M.J. (1991). *Procesos cognitivos en la deficiencia mental: Concepto, evaluación y bases para la intervención*. Madrid: Pirámide

- BENHAÏM, D. (2009). *Luis Hornstein, une introduction à son oeuvre*, publicado en 2009 por Canadian Journal of Psychoanalysis / Revue canadienne de psychanalyse, en el volumen 17, número 2.
- BENEVISTE, E.: (1979). *Problemas de lingüística general*, México, Siglo XXI.
- BENVENEVISTE, E. (1974). *Les relations de temps dans le verbe français*. En *Problèmes de Linguistique Générale*. París, Gallimard
- BENJAMIN, J. (2012). *El Tercero. Reconocimiento. Clínica e Investigación Relacional*. Recuperado de www.ceir.org.es
- BENJAMIN, W. (1992), *Cuadros de un pensamiento*. Buenos Aires, Imago Mundi
- BENJAMIN, W. (1999). *El narrador*, en *Para una crítica de la violencia y otros ensayos*. Iluminaciones IV, Taurus, Madrid.
- BENJAMIN, W. (2008). *Tesis sobre la historia y otros fragmentos*. México, U.A.C.M.
- Bernard Brusset
- BERNARD, M. (2006). *Vínculo y relación de objeto*, Revista Psicoanálisis e Intersubjetividad Nº 1
- BIANCHEDI, E. T. de; SOR, D. (1981). *Evocaciones y extensiones. Reflexiones sobre algunas ideas de Bion*. Psicoanálisis, vol. III
- BINET, A. (1903). *L'étude expérimentale de l'intelligence* [El estudio experimental de la inteligencia]. París
- BION, W.R. (1962). *Una teoría del Pensamiento*. Aparecido en el Int. Journal of psychoanalysis, Vol 43
- BION, W.R. (1971/82). *La Tabla y la Censura*. Buenos Aires. Gedisa.
- BION, W. (1996). *Volviendo a Pensar* (5ª Edición). Buenos Aires: Lumen – Hormé.
- BION, W.R. (2007). *La dimensión estética de la mente. Variaciones sobre un tema de Bion*. Buenos Aires. Ed. del Signo
- BIRCHNELL, J. (1987). *La terapia artística como forma de psicoterapia*, en Dalley, T. *El Arte como terapia*, Barcelona. Herder
- BLEICHMAR, H. (1999). *Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular transformacional*. Aperturas Psicoanalíticas, www.aperturas.org
- BLEICHMAR, H. (1999). *Fundamentos y aplicaciones del enfoque modular transformacional*. Aperturas Psicoanalíticas, www.aperturas.org
- BLEICHMAR, S. (2000). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires. Amorrortu

- BLEICHMAR, S. (1990). *Condiciones y determinantes del aprendizaje* [versión electrónica]. Temas de psicopedagogía. Anuario nº4.
- BLEICHMAR, S. (1999). *En los orígenes del sujeto psíquico*. Bs. As. Amorrortu
- BOURDIEU, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid, Taurus.
- BOURDIEU, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BORGES, J.L. (1960). *Borges y yo*, en *El Hacedor*, Buenos Aires, Emecé Editores.
- BRETON, A.: (1987). *Los pasos perdidos* (1927), Madrid, Alianza.
- BRETON, A. (1988). *Primer Manifiesto del Surrealismo* (1924), en Arturo Ramoneda, "Antología de la Literatura Española del siglo XX" SGEL, Madrid
- BRETON, A. (1988). *Segundo Manifiesto del Surrealismo* (1930), en Arturo Ramoneda, *Antología de la Literatura Española del siglo XX*, SGEL, Madrid.
- BRUNER, (1983). *Savoir dire, savoir faire*, Ed. PUF, Paris.
- BURDORF, R.L. (1980). *The Legal Rights of Handicapped Persons: Cases, Materials, and Text*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- CABALLO, V. (1998), *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Ed. SIGLO XXI
- CAIRE, M (1997). *Histoire des ciencias médicas* (Francia) 31 Universality.
- CARDINAL, R. (1972). *Outsider Art*". Studio Vista Blue Star House. London.
- CARPINTERO ZENDEJAS, L. A. (2004) *Uso de materiales no tradicionales en el proceso creativo artístico: aplicaciones a la enseñanza*. Depto. Expresión Plástica, Fac. BB.AA. UCM.
- CARROUGES, M. (2008). *André Breton y los datos fundamentales del surrealismo*. Ed. Gens, S.L
- CASTORIADIS-ALAUIGNIER, P. (2001). *Violencia de la interpretación*. Amorrortu.
- CATHY A. MALCHIODI. (2003). *Handbook of Art Therapy*. The Guilford Press A Division of Guilford Publications, New York.
- CHARTIER, R. (1999). *Cultura escrita, literatura e historia*. México, Fondo de Cultura Económico.
- CIRLOT, J.E. (1986). *El mundo del objeto a la luz del surrealismo*. Ediciones Anthropos, Barcelona.
- COLL ESPINOSA F.J. COMP. (2006). *Arteterapia, Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Universidad de Murcia.

- COLL ESPINOSA F.J , Perea Arias, C. (2009). *Arteterapia y discapacidad*. Centro Psicoanalítico de Madrid, Revista Número 19.
- CORDIÉ, A. (1994). *Los retrasados no existen. Psicoanálisis de niños con fracaso escolar*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- CORBALAN BERNA, J, (2006). *La creatividad y su medida: matices y claves en arteterapia*, en *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. UMU.
- CSIKSZENTMIHALYI, MIHALY (1996). *Creatividad. El flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*. Editorial Paidós, Barcelona
- DALLEY, T. (1987). *El arte como terapia*. Barcelona: Herder.
- DEL ÁGUILA, L.M. (2007). *El concepto de discapacidad y su importancia filosófica. Investigación sobre un aspecto fundamental de la condición humana*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- DELEUZE, G. (2005). *La lógica del sentido*, Ed. Paidós
- DEL RIO DIÉGUEZ, M. (2004) *Creación artística y enfermedad mental*. Tesis Doctoral. U.C.M.
- DEWEY, J. (1934). *El arte como experiencia*. Ed. Paidós
- DOLL, E.A. (1941). The essentials of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, 46, 214-219.
- DOLL, E.A. (1953). The measurement of social competence. Washington: Educational publishers inc.
- DOLTO, F.: (1984). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Paidós
- DUBUFETT, J. (1975). *Escritos sobre arte*. Primera Edición. Barcelona , Barral Editores.
- ECHEVERRÍA, B. (2001). *Definición de la cultura*, México, ITACA/UNAM.
- EGEA, C, y Sarabia Sánchez, A. (2004). "*Visiones y modelos conceptuales de la discapacidad*", *Revista Polibea* nº 73, Madrid.
- EDMUND R. BURKE , (2005). *De lo sublime y de lo Bello*. Alianza Editorial.
- EDGARDO CORONA, Pablo (2005) : Paul Ricoeur : *lenguaje, texto y realidad*. Ed. Biblos. Buenos Aires
- ESTAMATI, M. (1999). *La prohibición de pensar*. Letra Viva, Buenos Aires

- EVELYN PALMA, S. (2006). *De la subjetivación a la apropiación. Aportes del psicoanálisis a los problemas del aprender*. Revista de Psicología, vol. XV, núm. 2, Universidad de Chile
- FERNÁNDEZ AÑINO, M^a I., (2003). *Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas*. En *Arte, individuo y sociedad*, 15, UCM
- FERREIRA, M. A. V. (2008). *Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracterológicos*", REIS, Revista Española de Investigaciones. Disponible en www.accioncolectiva.com.ar
- FIERRO, A. (1984). Modelos psicológicos de análisis del retraso mental. Papeles del Colegio de Psicólogos.
- FIORINI, HÉCTOR J. (2006). *El Psiquismo creador: teoría y procesos terciarios*. Nueva Visión
- FIORINI, HÉCTOR J. (1999). *Nuevas líneas en psicoterapias psicoanalíticas*. Madrid, Psimática.
- FONAGY, P. (1999), Trabajo presentado en el "*Grupo psicoanalítico de discusión sobre el desarrollo*", Asociación Psicoanalítica Americana, Washington DC
- FOUCAULT, MICHEL (1979). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica, México.
- FREUD, S. (1901). *Totem y Tabú*. Buenos Aires. Amorrortu.
- FREUD, S. (1910) *Leonardo da Vinci and a Memory of His Childhood*. Vol. IX. Biblioteca Nueva.
- FREUD, S. (1913). *Múltiple interés del psicoanálisis*, Ed. Hyspamerica
- FREUD, S. (1970). *Psicoanálisis del arte*. Madrid. Alianza.
- FREUD, S. (1994). *La interpretación de los sueños*. Madrid, Alianza Editorial.
- GAFO, J. (1996). *La Ética ante el trabajo con el deficiente mental*, Universidad Pontificia de Comillas.
- GANTT, L., & SCHMAL, M. S. (1974). *Art therapy: A bibliography*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health
- GARAI, J. (1987). *A humanistic approach to art therapy*. In J. Rubin (Ed.),
- GOMBRICH, E.H. (1971) *Freud y la psicología del arte, editorial*. Seix Barral, Barcelona
- GOMBRICH, Ernst (1997). *Historia del Arte*. Debate, Madrid.

- GONZALEZ CASTAÑÓN, D. (2010). *Políticas Organizacionales en Discapacidad: Instituciones y Organizaciones no Gubernamentales*. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/déficit-diferencia-y-discapacidad>
- GROSSMAN, H. (Ed) (1973/1977/1983): *Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.
- GUILFORD, J. P. (1950). Creativity. *The American Psychologist*, 5: 444-454
- HALEY, J.: (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Barcelona, Amorrortu.
- HEBER, R. (1959/1961): *A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation*. Monograph Supplement to the *American Journal of Mental Deficiency*
- HENLEY, D. (1992). *Exceptional children, exceptional art*. Springfield
- HERNÁNDEZ GÓMEZ, R. (2001). *Antropología de la discapacidad y la dependencia: un enfoque humanístico de la discapacidad*. Recuperado de <http://www.peritajemedicoforense.com/RHERNADEZ.htm>
- HERNÁNDEZ MERINO, A, (2006) *Arteterapia: dinámicas entre creación y procesos terapéuticos. La palabra de la imagen: un caso de Arteterapia en salud mental*. UMU Servicio de Publicaciones
- HERNÁNDEZ MERINO, A. (2006). Tesis *Historia de la Arteterapia. Las hebras para hilvanar la vida: el dibujo del dolor*. UCM. *Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*. Vol. 1
- HERNÁNDEZ NUÑEZ DE ARENAS, Roque (1995). *El lugar de la escucha en una institución, ¿qué es eso?*, en *Cuestiones Abiertas sobre la discapacidad psíquica*. Diputación Provincial de Alicante.
- HOGAN, S. (2001) *The History of Art Therapy*. Londres y Filadelfia. Editorial Jessica Kingsley.
- HORSTEIN, L. (2004). *Proyecto Terapéutico: de Peira Alagnier al psicoanálisis actual*. Ed. Paidós. Bs.As. Argentina.
- HUGHES, R. (2000). *El impacto de lo nuevo. El arte del siglo XX*. Barcelona, Galaxia.
- CALVINO, I. (1998). *Seis propuestas para el próximo milenio* SIRUELA
- JAMIT ROJAS, J. (2002). *Actualidades en Psicología*, Vol. 18, No. 105.

- JUAN MAESTRE, P. (2007). *El juego: los orígenes de la creatividad, la creatividad en los orígenes. Presentado en el Congreso del Centro Psicoanalítico de Madrid. Menorca.*
- KAËS, R. (2007). *Un singular plural.* Ed. Amorrortu. Bs. As. Argentina.
- KRAMER, E. (1982). *Terapia a través del arte en una comunidad infantil.* Kapeluz, Buenos Aires, Argentina.
- KRIS, E.: (1955). *Psicoanálisis y Arte.* Buenos Aires. Editorial Paidós.
- KUBIE, L. (1958). *El proceso creativo: su distorsión neurótica.* Pax, México.
- KWIATKOWSKA, H. Y. (1978). *Family therapy and evaluation through art.* Springfield, IL: Charles C. Thomas
- LACAN, J. (1981). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 1: Los escritos técnicos de Freud.* Barcelona, Paidós
- LACAN, J. (1999). Seminario V: "*Las formaciones del inconsciente*". Paidós
- LACAN, J. (2003). *Variaciones de la cura-tipo*, en "Escritos I", Bs. As., Siglo XXI.
- LACAN, J. (1977). *Los cuatro principios fundamentales del psicoanálisis*, Seminario XI, Madrid, Seix Barral.
- LACAN, J. (1981). *Redondeles de Cuerda*, en el Seminario 20 AÚN, Barcelona, Buenos Aires, Paidós.
- LACAN, J.: (1984). *Escritos 1 y 2.* México, Siglo XXI.
- LACAN, J. (1984). *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud*, en Escritos 1, México, Siglo XXI
- LACAN, J. (1988) *El Seminario La Identificación.* Paidós. Buenos Aires
- LACAN, J. (1987). *Los cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis.* Ed. Paidós.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1978). *Historia de la Medicina.* Elsevier, MASSON, Barcelona.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1995). *Historia de las deficiencias.* Ed. Escuela Libre Editorial.
- LAPLANCHE, J.: (1979). *Vida y muerte en psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorrortu.
- LÓPEZ-BOSCH, M. A. (2000). *Simbolización, expresión y creatividad: tres propuestas sobre la necesidad de desarrollarla expresión plástica infantil.* Arte, Individuo y Sociedad. UCM
- LÓPEZ MARTÍNEZ, M. D. (2009). Tesis: *La Intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español.* Universidad de Murcia

- LOPEZ MONDEJAR, L. (2009). *El Factor Munchausen: Psicoanálisis y Creatividad*. Ed. Cendeac, Murcia,
- LOWENFELD, V, y LAMBERT, W.,(1980), *Desarrollo de la capacidad creadora*, Kapelusz, Buenos Aires.
- LOWENFELD, V. (1957). *Creative and mental growth* . New York
- LUCKASSON, R. y otros. (1992). *Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports*, (Ninth Edition). Washington, D.C: American Association on Mental Retardation.
- McGREGOR, J. M. (1989). *The discovery of the art of the insane*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- MALCHIODI, C. A. (1993). *Developmental stages and art therapy techniques*. Unpublished graduate level syllabus, University of California, Sacramento.
- MALCHIODI, C.A. (2001). *Using drawing as intervention with traumatized children. Trauma and Loss: Research and Intervention*
- MALPARTIDA, D, (2011). *Psicoterapia psicoanalítica a través del arte. Teoría, técnica y práctica*. Ed. Paidós
- MARTINEZ DIEZ, N. (1996). *La enseñanza de la terapia artística en Arte y Sociedad*, Universidad Complutense de Madrid.
- MARTÍNEZ DIEZ, N., LÓPEZ Fdz. CAO, M. (2004): *Arteterapia y educación*. Comunidad de Madrid.
- MERLEAU-PONTY, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Ed. Planeta-Agostini
- MESAS ESCOBAR, E. (2010). *Art Brut. El placer del crear sin tener ni idea*. Master de Arteterapia de la Universidad de Murcia
- MILLER, J.A. (2010). *Extimidad. Los cursos psicoanalíticos de Jacques-Alain Miller* Ed. Paidós
- MOGUILLANSKY, R. (1998). *Los afectos y el papel de lo negativo en la constitución de la realidad psíquica. Notas sobre la perplejidad*. Psicoanálisis APdeBA - Vol. XX - Nº 3
- MORALEES MESEGUER, J.M. (1974., *Psiquiatría y neurología*, en Laín P, *Historia Univ. de la Medicina*, Barcelona, Salvat, vol. 6, 1974
- NAUMBURG, M.: (1953) *Psychoneurotic art: its function in psychotherapy*, N.Y., Grune & Stratton.

- NAUMBURG, M.: (1958) *Art therapy: its scope and function*, Springfield, E. H. Hammer.
- NÚÑEZ GARCÍA-SAUCO, A. (1985). *Retraso Mental*. Ediciones Morata; p.13-14. (Serie Bruner)
- OLIVER, M. (1986). "*Social policy and disability: Some theoretical issues*", *Disability, Handicap and Society*
- OMAÑA POLANCO, R. (2008). Tesis doctoral. *Estudio sobre la depresión según la encuesta nacional de salud 1995-2003*, P. 8. Madrid, <http://eprints.ucm.es/8708/1/T30801.pdf>
- PAIN, S y JARREAU, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte, Teoría y técnica*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- PALACIOS, A. y ROMAÑACH, J. (2006). *El Modelo de la Diversidad*. Madrid Ediciones Diversitas-AIES
- FERNANDEZ AÑINO, M^a Isabel, (1998). *Creatividad, arte terapia y autismo. Un acercamiento a la actividad Plástica como proceso creativo en niños autistas*. Universidad Complutense de Madrid
- PELECHANO, V. (1976b): "*Una escala de hábitos sociales (AHS-1) en deficientes mentales*". *Análisis y Modificación de Conducta. Síntesis del enfrentamiento ante la deficiencia*, en *Historia de las Deficiencias*, (1995), Escuela Libre Editorial, Fundación ONCE
- PIAGET, J. (2007). *El Nacimiento de la Inteligencia*, Ed. Crítica
- PIAGET, J. (1994). *La creación del símbolo en el niño*, México: Fondo de Cultura Económica
- PICHON, E., (1987). *Del psicoanálisis a la psicología social. El proceso creador*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.
- PORTUONDO SAO, M. (2004), *Revista Cubana Salud Pública*, http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_4_04/spu06404.htm.
- READ, H. (1969). *Educación por el arte*, Barcelona. Paidós.
- RICOEUR, P. (2001), *La metáfora viva*. Trotta, Madrid.
- RICOEUR, P. (1999). *Historia y Narratividad*. Paidós. Barcelona
- RICOEUR, P. (2003). *Tiempo y Narración*. México D. F. Siglo XXI Editores

- RILEY, S., & MALCHIODI, C. A. (1994). *Integrative approaches to family art therapy*. Chicago. Magnolia Street
- RODULFO, R. (1986). *Clínica psicoanalíticas en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Ed. Paidós
- RODULFO, R. (1999). *Dibujos fuera del papel*. Barcelona. Ed. Paidós
- ROGERS, N. (1993). *The creative connection: Expressive arts as healing*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.
- ROTTERDAM, E. (2007). *Elogio de la locura*, Ed. Espasa
- ROVIRA SÁNCHEZ, A. (2003), *Las quimeras del arte*. Ed. Marfi.
- RUBIN, J.A. (1999). *Art therapy: an introduction*. Philadelphia. Brunner/Mazel.
- RUBIN, J. (1978). *Child art therapy*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- RUBIO, V.J. (1987). Estudio del comportamiento adaptativo en el retraso mental. Madrid. Universidad Autónoma. Tesis sin publicar.
- SHAKESPEARE, T. (1994) *Cultural Representations of Disabled People: Dustbins for Disavowal in Disability and Society* No. 9, Vol. 3.
- SCHEERENBERGER, R.C. (1984). *Historia del retraso mental*. San Sebastián: Servicio Internacional de Información sobre Subnormales.
- SCHERER IBARRA, M. A. (2008). Tesis: El lugar del psicoanálisis en las instituciones pediátricas, recuperado de <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1352/1/RI000852.pdf>,
- SCHOPENHAUER, A. (2005). *El mundo como voluntad y representación*. Ed. Akal.
- SEGAL, H. (1981). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Paidós.
- STERN, W. (1923) *La selección de los alumnos*. Publicaciones Revista de Pedagogía, Madrid.
- TREDGOLD, A.F. (1937). *A textbook of mental deficiency*. Baltimore, MD: William Wood & Co.
- ULMAN, E., KRAMER, E., & KWIATKOWSKA, H. Y. (1978). *Art therapy in the United States*. Craftsbury
- URIBARRI, F. (2012), *Green, André. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario*. Publicado en Revista de Psicoanálisis, Vol. 69 (1).
- USOBIAGA, E. (2005). *El encuadre y el psicoanálisis*. Revista Norte de Salud Mental, Nº 23.

- VÁSQUEZ ROCCA, A.(2013).. *Arte conceptual y postconceptual; la idea como arte: Duchamp, Beuys, Cage y Fluxus*. Universidad Andrés Bello – Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas | 37
- VERDUGO ALONSO, M. A. (1994). *El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR*. Ed. Siglo Cero
- VERDUGO ALONSO, M. A. (1998). *Personas con discapacidad. En la perspectiva del Siglo XXI*. P, 5. Ed. Siglo Veintiuno.
- VOLMAT, R.: (1956). *L'Art psychopathologique*, París. PUF.
- WACJMAN, G. (2006). *La casa, lo íntimo, lo secreto*, en AAVV *Las tres estéticas de Lacan (Psicoanálisis y Arte)*, Bs. As., Ediciones del Cifrado.
- WINNICOTT, D. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona. Editorial Paidós
- WINNICOTT, D. (1999) *Realidad y juego*. Editorial Gedisa. Barcelona
- YVES DE LA MONNERAYE, (1999). *La parole rééducatrice*, Dunod, 2éme édition.
- ŽARKO ŠIMAR. (1967). *El arte: conceptos fundamentales y su evolución*. Universidad de Texas
- ZITO LEMA, V. (1976). *Conversaciones con Enrique Pichón Rivière. Sobre el arte y la locura*. Buenos Aires, Ediciones Cinco.
- ZUKERFELD, RUBÉN & ZUKERFELD, RAQUEL (1999). *Psicoanálisis, Vulnerabilidad somática y Tercera tópica*. Lugar, Buenos Aires.
- ZUKERFELD, Rubén (2002) *Psicoanálisis, vulnerabilidad somática y resiliencia*, en IV Congreso Argentino de Psicoanálisis.

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ACASO M., (2009) *El Lenguaje Visual*. Ediciones Paidós. Barcelona.
- ADAMSON, G. (2003) *Teoría de la enfermedad única*. Argentina.
- AGUILAR, C. (1980). *La creatividad y el proceso creativo*, Edamex, México.
- ALBEE, G. W. y HAMLIN, R. M.: (1994) *Alertes: Peindre à la folie*, Dossier, La Rue, Nº 5
- ALDRIDGE, DAVID (1996). *The body, its politics, posture and poetics* en *The arts in Psychotherapy* Vol 23 nº2
- ALEXANDER, F.:(1955) *The psychoanalyst looks at contemporary art*, en *Explorations in Psychoanalysis*, R. Linder (Ed.). N. Y., Julian Press.
- ALONSO MONREAL, C.; (2000): *¿Qué es la creatividad?* Madrid: Biblioteca Nueva
- ALONSO, E. y FERNÁNDEZ TORRES, A.:(1978) *Hospital de día. Los locos andan sueltos* en *Triunfo*, Nº 823
- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1996): *El talento creador*. Madrid. Temas de Hoy.
- ÁLVAREZ, A. (2006) *La teoría de los discursos en Jacques Lacan. La formalización del lazo social*. Bs. As., Letra Viva.
- AMITIN, Y. y otros.: (1991). *Creación del arte*. Nueva Visión.
- ANDERSON, C. M. y LANDGARTEN, H. B.: (1973-74) *Art therapy program in the mental health field*, *studies in Art Education*, 15 (5).
- ANDRE, JACQUES,,: (2000). *Los estados fronterizos*. Nueva Visión.
- ANDREASEN, N. C. y GLICK, I.D.:(1998), *Bipolar Affective Disorder and Creativity: Implications and Clinical Managemen* en *Comprehensive Psychiatry*, 29, Nº 3.
- ANDREOLI, V.: (1996) *Psychopathological expression: from the asylum to local treatment* en *Psychopathology of Expression*.
- ANDREOLI, V.: (1997) *Mediation artistique et/ou Psychopathologie de l'Expression* en *Psychopathology of Expression*.
- ANDREOLI,V, (1992), *El lenguaje gráfico de la locura*. México. FCE
- ANZIET, D. (2001). *Psicoanalizar*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- ANZIEU, D, Haag, G. TISSERON, S.: (1988), *Los continentes del pensamiento*. Ed. De la Flor.
- ANZIEU, D.: (1997), *Crear, destruir*. Biblioteca Nueva.
- ANZIEU, D.:(22004), *Las envolturas psíquicas*. Amorrortu Editorial.

- ARENDDT, H. (2003), *La condición humana*, Buenos. Aires. Paidós.
- ARHEIN, RUDOLF (1995) *Arte y percepción visual*. Alianza Editorial, Madrid.
- ARHEIN, RUDOLF. (1993) *Consideraciones sobre la educación artística*. Editorial Paidós.
- ARIETI, SILVANO (1993) *La creatividad*. La síntesis mágica. F. C. E. México.
- ARLOW, J. A. y KADIS, A.: (1946) *Finger painting in psychotherapy with children* en American Journal Orthopsychiatry.
- ARNHEIM, R, (1968), *Psicología de la visión creadora*, Eudeba, Buenos Aires.
- ARNHEIM, R, (1971), *El cine como arte*, Infinito, Buenos Aires.
- ARNHEIM, R, (1979). *Arte y percepción visual*, Alianza, Madrid.
- ARNHEIM, R, (1980), *Hacia una psicología de la imagen. Arte y entropía*, Alianza, Madrid.
- ARNHEIM, R, *El pensamiento Visual*, Eudeba, Buenos Aires, 1976.
- ATKIN, A (2008) *Painting with Parkinson's: Art as Therapy*, Unpublished. Atkin, A (2008)
- AUDRY, J.: (1924) *La folie dans l'art* en Lyn Medicin.
- AUGÉ, MARC (2003) *El tiempo en ruinas*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- AULAGNIER, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Del pictograma al enunciado. Buenos Aires, Amorrortu.
- AVENBURG, R.(2004). *Sobre el encuadre en psicoanálisis*. En: Psicoanálisis APdeBA – Vol. XXVI, Nro. 1.
- BACHERARD, GASTÓN (1997) *El derecho a soñar*. Fondo de Cultura Económica, México.
- BACHERARD, GASTÓN (1999) *La intuición del instante*. Fondo de Cultura Económica, México.
- BADIOU, A.: (2012), *El despertar de la historia*. Nueva Visión.
- BARBOSA, A.M. y CIORNAI, S. (2000): *Imágenes de creatividad*, Insight, año X. Barcelona.
- BARDEAU, J.M. (1978): *Minusvalía e inadaptación*. Madrid: Departamento de Estudios y Publicaciones del SEREM, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social
- BARKAN, M. A.: (1955) *Foundation for art education*. N. Y. Ronald Press.

- BARRON, F. : (1976), *Personalidad creadora y proceso creativo*, Marova, Madrid.
- BARTAL, L y NEEMAN, N.: (1993) *The metaphoric Body: Guide to Expressive therapy through Images and Archetypes*. London, Jessica Kingsley.
- BARTHES, E.: (1970) *Retórica de la imagen* en *La semiología*, Editorial Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires.
- BARUCH, D. W. Y MILLER, H.: (1951) *Use Of spontaneous drawings in group therapy* Amer en *Journal Psychitic*.
- BAUDOIN, C.: (1929) *Psycgoanalyse de l'art*. París, Alcan.
- BAUDRILLARD, J., (1968), *Le systeme des objects*, Gallimard, París.
- BAUDRILLAT, J. *De lo universal a lo singular: la violencia de la globalidad*, Coloquios del Siglo XXI, Barcelona, UNESCO, 2004.
- BAYO MARGALEF, J.: (1987) *Percepción, desarrollo cognitivo y artes visuales*. Barcelona, Anthropos.
- BEAUDOT, A. (ed.) (1980): *La creatividad*. Madrid. Narcea.
- BECK, A. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BENDER, L. y WOLTMANN, A. G.: (1943) *The use of plastic material as a psychiatry approach to emotional problems in children* en *American Journal of Orthopsychiatry*.
- BENDER, L.: (1937), *Art and Therapy in the Mental Disturbance of Children* en *Journal of Nervous and Mental Disease*, LXXXVI.
- BERBEN, P.: (1977) *La locura de todos o de nadie*, en *Triunfo*, Nº 777.
- Bercherie, P. (1986). *Los Fundamentos de la Clínica, Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico*. Buenos Aires: Ed. Manantial
- BERENSTEIN, I.: (1978), *Psicoanálisis y semiótica de los sueños*, Buenos Aires, Ediciones Paidós,
- BERENSTEIN, I.: (2005), *Devenir con Otro(s): ajenidad, presencia, interferencia*. Paidós.
- BERGERON, N y VOLMAT, R.:(1952) *De la thérapeutique collective par l'art dans les maladies mentales*.París, Encéphale.
- BESSIERE, R.: (1950) *L'art psychopatologique*. París, Arts.

- BETTELHEIM, B. y ROSENFELD, A. A. (1994): *El arte de lo obvio*. Barcelona, Critica-Drakontos.
- BETTELHEIM, B.: (1954) *Symbolic Wounds*. Glencoe, Illinois, Free Press.
- BEYER, G., (1985), *Aprendizaje creativo*, Mensajero, Bilbao.
- BIEBER, B. y HERKIMER, J. K.: (1948) *Art in psychotherapy* en American Journal Psychiatry.
- BIEDMA, C. J. y D'ALFONSO, G.: (1960) *El lenguaje del dibujo*. Buenos Aires, Kapelusz.
- BIJOU, S.W. (1963): "*Theory and Research in Mental (Developmental) Retardation*". Psychological Record
- BIKON, W.R (1967) *Notas sobre la memoria y el deseo*, Revista de Psicoanálisis,
- BION, W.R. (1996). *Aprendiendo de la Experiencia*. Buenos Aires, Paidós
- BIRREN, F.: (1952) *The emotional significance of color preference!* En American Journal Oocup. Therapy.
- BIRTCHELL, J.: (1977) *Alternative concepts in art therapy* en Inscape, I.
- BIRTCHELL, J.: (1981) *Is art therapeutic?* en Inscape, 5.
- BLANCO SALGUEIRO, L.: (2003) *Art of the Conciousness of Knowledge*, ponencia del VII Congreso de Arteterapia ECARTE, Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.
- BLANCO SALGUEIRO, L.: (2003) *El arte para la consciencia del saber*, en Contemplarse para comprenderse, Diputación de Pontevedra.
- BLAY FONTCUBERTA, A., (1967), *La personalidad creadora*, Elicen, Barcelona.
- BLEGER, J. (1967). *Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico*. E. Paidós.
- BOBON, J. y MACCAGNANI, G.: (1961) *L'expression plastique en psychopatologie*, en Acta Neurologie et Psychiatrique, Belgique.
- BOBON, J.: (1962) *Psychopatologie de l'expression*. París, PUF.
- BODEN, M.A. (1994): *La mente creativa. Mitos y mecanismos*. Barcelona: Gedisa..
- BOLANDER, K.: (1977) *Assessing personality through self-expression*. N. Y., Basic Books.
- BONEFON, G.: (1997), *Art et lien social. Les pratiques artistiques des personnes handicapés*. Paris, Desclée de Brouwer.
- BONGIOVANNI, E. M.: (1981) *El dibujo como terapia de rehabilitación*, Madrid, Mapfre.

- BONILLA, A.: (2004): *Los efectos del arte en la adolescencia*, en Arteterapia y educación, N. Martínez y M. López (coord.)Comunidad de Madrid
- BORN, W.: (1946) *The Art of the Insane* en Ciba Symposia.
- BOUDON, R.:(1972) *Para qué sirve la noción de estructura*, Madrid, Aguilar.
- Bourdieu, (1991). *El sentido práctico*, Taurus, Madrid
- Bourdieu, (2000) *La dominación masculina*, Anagrama, Barcelona.
- BOURDIEU, P (1998). *La Distinción: Criterio y Bases Socioculturales Del Gusto*. Madrid. Taurus..
- BOUTONNIER, J.: (1953) *Les dessins d'enfants*. París, Éditorial Scarabée.
- BOUTONNIER, J.: (1968) *El dibujo del niño normal y anormal*, Buenos Aires, Paidós.
- BOYER, A.: (1992) *Manuel de Art-thérapie*, Toulouse, Privat.
- BRITAIN, W., (1972), *Desarrollo de la capacidad creadora*, Kapelusz, Buenos Aires.
- BROWN, D. y PEDDER, J.: (1979) *Introduction to Psychotherapy*, London, Tavistock
- BUENO ACERO, C. (1998). *Psicoanálisis y Estética. En Psicoanálisis aplicado*. Manual teórico y práctico. Salamanca: Amarú.
- BURKE, E. (2001). *Indagación filosófica sobre el origen de nuestras ideas acerca de lo sublime y de lo bello*. Madrid: Tecnos.
- BUTZ REMI, N., (1965), *El arte creador infantil*, Leda, Barcelona.
- BYCHOWSKI, G.: (1951) *From catharsis to worl of art: The making of an artist*, en Psychoanalysis and Culture, Inter. Univ. Press..
- CAMIC, P. (1999). *Expanding treatment possibilities for chronic pain through the expressive arts*.In C. A. Malchiodi (Ed.), *Medical art therapy with adults* (pp. 43–61). London: Jessica Kingsley.
- CANTÚ, G. (2001). *La escritura: una espada en manos de un niño*. Revista Fort Da. <http://psiconet.com.fort-da4/escritura.htm>.
- CARDINAL, R.: (1972) *Outsider Art*, N. Y., Praegger.
- CARDINAL, R.:(1993) *El surrealismo y el paradigma del sujeto creador*, en Visiones Paralelas, Madrid, Catálogo Museo Reina Sofía..
- CARDONE, L; MARENGO, J. y CALISH, A.: (1982) *Conjoint use of art and verbal techniques for the intensification of the psychotherapeutic group experience*, en The Arts in Psychotherapy.

- CARTER, J.D.: (1960) *Art therapy and learning disabled children*, en *Art Psychotherapy*.
- CASTELLANO-MURAY, E. (2006). *De la violencia a la cultura: experiencia terapéutica y creación artística*. En *Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*.
- CASTILLA DEL PINO, CARLOS, (1998) *El delirio, un error necesario*, Nobel, Barcelona.
- CASTORIADIS, CORNELIUS (1992) *El psicoanálisis, proyecto y elucidación*. Editorial Nueva
- CASTORIADIS, CORNELIUS (2001). *Figuras de lo pensable*. Buenos Aires, F.C.E.
- CASTORIADIS, CORNELIUS, (1998) *El ascenso de la insignificancia*, Cátedra, Madrid.
- CHAMPERNOWNE, I.: (1969) *Art Therapy as an Adjunct to Psychotherapy*, en *Inscape*, I.
- CHANGEUX, J. O.: (1997) *Razón y placer*, Barcelona, Tusquets.
- CHARCOT, J.M. y RICHARD, P., (2002), *Los deformes y los enfermos en el arte*. Barcelona. Paidós.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J.: (1984) *Creativity and Perversion*, N. Y., Norton.
- CHAUMON, F. (2004). *La ley, el sujeto y el goce. Lacan y el campo jurídico*. Bs. As., N. Visión.
- CODAGNOME, F., CERRUTI, N. (2010) *Literatura y Psicoanálisis*. Ed. Letra Viva.
- CODERCH, j., *La relación paciente – terapeuta*. Ed. Herder.
- COHEN, F. W.: (1971) *Mark and the paint brush*, Austin, Texas, The Hoff Foundation for Mental Health, University of Texas.
- COLL ESPINOSA F.J. COMP. (2006). *Arteterapia, Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos*. Universidad de Murcia.
- COLL ESPINOSA, F.J. (2003): *Las formaciones reactivas del fracaso escolar*, en *Violencia y agresividad. Fundamentos para la prevención psicosocial (VVAA)*, Murcia, Mancomunidad Valle de Ricote.
- COLL ESPINOSA, FRANCISCO JESÚS, (2004) *El desarrollo de la subjetividad desde la creatividad y arte-terapia*, En: *Educación social: Revista de intervención socioeducativa*, Nº 28
- COLL ESPINOSA, FRANCISCO JESÚS, (2007) *I Curso de Antropología*, Murcia, Mancomunidad Valle de Ricote.

- COLL ESPINOSA, FRANCISCO JESÚS, COMP (2003), Curso de Educación Social, Familia, Infancia y Discapacidad, Murcia, Mancomunidad Valle de Ricote.
- COLL ESPINOSA, FRANCISCO JESÚS, COMP (2008) *Guía Didáctica de la Discapacidad*, Murcia, Mancomunidad Valle de Ricote.
- COLL ESPINOSA, FRANCISCO JESÚS, COMP. (2005), I Congreso Estatal Educación Social, Familia, Infancia y Discapacidad. Mancomunidad Valle de Ricote
- COLL ESPINOSA, FRANCISCO JESÚS, COMP. (2006), II Congreso Estatal *“Atención y Participación Social*. Mancomunidad Valle de Ricote.
- COLL ESPINOSA, FRANCISCO JESÚS, COMP. (2007), III Congreso Estatal *“Alrededor de la familia”*, Murcia, Mancomunidad Valle de Ricote.
- COLL ESPINOSA, FRANCISCO JESÚS,/ COMP. (2005), *En el deseo de vivir; familia y primera infancia*, Ayuntamiento de Molina de Segura, Murcia.
- COLLETE, N., HERNÁNDEZ, A., (2003). *Arte, terapia y educación. La creación como proceso de transformación individual y colectiva*. Universidad Politécnica de Valencia.
- COMPILACIÓN DE MATERIAL SOBRE LAS TEORÍAS DE LOMBROSO.
<http://www.manuelseixas.com/susodicho/COMPILACI%C3%93N%20DE%20MATERIAL%20SOBRE%20AS%20TEOR%C3%8DAS%20DE%20LOMBROSO.pdf>
- COOPER, D.: (1981), *El lenguaje de la locura*, Editorial Ariel.
- COOPER, D.: (1985), *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Ediciones Paidós Ibérica.
- CORDIÉ, A. (1998). *Malestar en el docente. La educación confrontada con el psicoanálisis*. Buenos. Aires: Nueva Visión.
- CORRONS, P.: (1953) *Directed artistic creativity as an accelerating technique in dynamic group therapy*, Columbus, Ohio.
- CORVEZ, M.: (1971) *El estructuralismo de J. lacan*, en Estructuralismo y psicoanálisis, Buenos Aires, Nueva Visión.
- DALLA-VOLTA:(1951) *La rappresentazione dell'universo infantile*, en Archivo di Neurologia y Psichiatrie, fascículo 3.
- DARWIN, C.: (1904) *Expression of the Emotions*, London, Murray.
- DAX, E. C.: (1938) *Experimental Studies in Psychiatric Ar.*, London, Faber & Faber.

- DE BONO, E. (1999). *El pensamiento creativo. El poder del pensamiento lateral para la creación de nuevas ideas*. México. Editorial Paidós Plural. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.
- DELANGLADE, F.: (1935) *L'Art et la folie*, París, Visages du Monde.
- DELAY, J. y VOLMAT, R.:(1953) *Images de la folie*, París, Médecine et Hygiène.
- DELAY, J.: (1952) *Art psychopathologique et médecine*, París, Semaine des Hopitaux.
- DELEUZE, G. (1989). *Lógica del sentido*. Barcelona: Paidós.
- DELGADO, L. C. H.: (1983) *Análisis estructural del dibujo libre*, Buenos Aires, Paidós.
- DELLAERT, R.: (1964) *L'expression libre en psychothérapie*, Belgique, Acta Neurol. et Psychiat.
- DIAZ ARNAL, I.: (1950) *El Psiquismo del deficiente a través del dibujo*, en Revista de Psicología General y Aplicaciones, Volumen V, Nº 16.
- DIAZ PLAJA, G. L.: (1971) *La asistencia psiquiátrica en España*, en Triunfo, Nº 454, pp. 11-15.
- DIDIER WEILL, A, y otros. : (1988). *El Objeto del Arte*. Nueva Visión.
- Dolto, Françoise.(1994). *La Imagen Inconsciente de Cuerpo*. Editorial: Paidós
- DOMÍNGUEZ TOSCANO. (2006). *Arteterapia: nuevos caminos para la mejora personal y social*. Sevilla, Junta de Andalucía.
- DRENIKOFF, I.: (1972) *El arte del inconsciente*, Ed. Monte Ávila. Caracas.
- DREYFUS, C.: (1974) *Bruno Bettelheim: un pionero de la psiquiatría infantil*, en Triunfo, Nº 631..
- DUBOIS, A. M.: (1994) *Réflexions sur l'art-thérapie*, en Soins-Psychiatrie, 162..
- DURAND, G., (1968), *La imaginación simbólica*, Amorrortu, Buenos Aires.
- DURAND, G., (1982), *Las estructuras antropológicas de lo imaginario*, Taurus, Madrid.
- DUVIGNAUD, J, (1988), *Sociología del Arte*, Barcelona: Península.
- EARLE, O.: (1845) *The Poetry of Inanity*, en American Journal of Insanity, 1, Nº 3.
- EGEA, C, Y SARABIA, A. (2001) Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad. Real Patronato sobre Discapacidad.
- EISLER, K. R.: (1967) *Psychopathology and creativity*, Am. Imago, 24.
- EISNER, E., (2004), *El arte y la creación de la mente. El papel de las artes visuales en la transformación de la conciencia*,. Barcelona. Paidós.

- ENACHESCU, C.; LAING, J. H. y VLES, S. J.: (1971) *Peintures d'alcooliques. Psychopathologie de l'expression: une collection iconographique internationale*, París, Sandoz.
- ENGELHARDT, J. D. y WESCHLER, M.: (1950) *Dessins et personalidad chez l'enfant*. París, Monographies françaises du CNRS, Nº 52.
- ESCUDERO VALVERDE, J. A.: (1970) *Pintura psicopatológica*. Madrid, Espasa Calpe.
- ESQUIVIAS, S. M. T. y MURIÁ, V. I. (2001) *Una evaluación de la creatividad en la Educación Primaria*. Revista Digital Universitaria
- ESTEBAN, L. (1998), *Discapacidad, Clínica y Educación*. Nueva Visión.
- Etchegoyen, H. (1997). *Los fundamentos de la técnica analítica*. Buenos Aires, , Bs. As., Ed. Amorrortu.
- FAIBAIN, W. R. D.: (1976) *Estudio psicoanalítico de la personalidad*. Buenos Aires, Paidós.
- FAINBLUM, A., (2004), *Discapacidad, una perspectiva desde el psicoanálisis*. Tekne, Argentina.
- FAIRBAIRN WILLIAM, R. D.: (1973) *Psicología del artista*, Buenos Aires, R. Alonso.
- FAURE, E.: (1965) *Les objets dans la folie*, París, PUF.
- FAY, H.: (1912) *Réflexions sur l'art et les aliénés*, París, Aesculape.
- FEDER, E. y FEDER, B.: (1981) *The Expressive Arts Therapies*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice Hall.
- FELDENKRAIS, M.: (1991) *La dificultad de ver lo obvio*, Buenos Aires, Paidós.
- FERNÁNDEZ MOUJÁN, J. J.: (1994), *La creación como cura*. Barcelona. Paidós.
- FERNÁNDEZ, A.: *Los idiomas del aprendiente*. Nueva Visión.
- FIORINI, HÉCTOR J. (1977) *Teoría y técnicas de psicoterapia*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires-
- FIORINI, HÉCTOR J. (1993) *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Editorial Nueva Visión, Buenos Aires.
- FLAVELL, J. H.: (1981) *La psicología evolutiva de Jean Piaget*, Buenos Aires, Paidós. .
- FOCCROULLE, B, y otros.:(2006), *El nacimiento del individuo en el arte*. Nueva Visión.
- FONT, D.: (1985) *El poder de la imagen*, Barcelona, Salvat.
- FRASER, D.: (1962) *L'art primitif*. París, Aimery Somegy. .

- FREUD, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. En Obras Completas. Tomo 2. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- FREUD, S. (1907). *El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen*. En Obras Completas. Tomo 4. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- FREUD, S. (1908). *El poeta y los sueños diurnos*. En Obras Completas. Tomo 4. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- FREUD, S. (1910) *Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci*. vol. XI., Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. (1912). *Tótem y Tabú*. En Obras Completas. Tomo 5. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- FREUD, S. (1913). *Múltiple interés del psicoanálisis*. En Obras Completas. Tomo 5. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- FREUD, S. (1914). El «Moisés» de Miguel Ángel. En Obras Completas. Tomo 5. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- FREUD, S. (1919b). *Lo siniestro*. En Obras Completas. Tomo 7. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. En Obras Completas. Tomo 7. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- FREUD, S. (1930). *El malestar en la cultura*. En Obras Completas. Tomo 8. Madrid: Biblioteca Nueva. 1997.
- FREUD, S. (1938). *Carta a Stefan Zweig*. En Sigmund Freud. Epistolario II (1891-1939). Barcelona: Plaza & Janés. 1975.
- FREUD, S. *El malestar en la cultura*, Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. *Inhibición, síntoma y angustia* (1926) vol. XX" .,Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. *Paralelo mitológico de una representación obsesiva plástica* (1916) vol. XIV., Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S. *Psicología de las masas y análisis del yo*, Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S.(1901) *Psicopatología de la vida cotidiana*, vol. VII., Buenos Aires: Amorrortu.
- FREUD, S.: (1973) *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, en Obras completas, Madrid, Biblioteca Nueva.

- FRIEDMAN, I.: (1952) *Art and Therapy* en *Psychoanal. Review*.
- FROIS-WITTMAN, J.: (1937) *Art, Inconscient et Réalité*, París, Félix Alcan.
- GARCIA DE LA HOZ, A. (1997). *El universo simbólico de Freud: Goethe*. Madrid: Quipú Ediciones. .
- GARCÍA VARELA, J.: (1972) *La antipsiquiatría*, en *Triunfo*, Nº 536 y 537.
- GARDNER, H. (1999). *Estructuras de la mente. La teoría de las inteligencias múltiples*. Colombia. Fondo de Cultura Económica.
- GARDNER, H., (1998) *Mentes creativas. Una anatomía de la creatividad*, Paidós, B.
- GEORGES DIDI-HUBERMAN; CLEMENT C. (2013) *Cuando las imágenes tocan lo Real*. Ed. Círculo de Bellas Artes.
- GETZELS, J.W. y JACKSON, P., (1962) *Creativity and intelligence: Explorations with gifted students*, J. Wiley and Sons, Nueva York.
- GOLDNER, B.B., *La estrategia del pensamiento creador*, Continental, México, 1964.
- GOMBRICH, Ernst H. *Cuatro teorías sobre la expresión artística*.
- GOMBRICH, E. H., (2003), *Los usos de las imágenes. Estudio sobre la función social del arte y la comunicación visual*. Barcelona. Debate.
- GÓMEZ DE LIAÑO, I., (1983), *El idioma de la imaginación*, Taurus, Madrid.
- Green, A. (1996). *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires, Eudeba
- GREEN, A.: *La causalidad psíquica*. Amorrortu Editorial.
- GREENWOOD, M.: (1977) *The Automatic Drawings of Alma Rumball*, Toronto, York University.
- Haley, J. (1973). *Uncommon therapy. The psychiatric techniques of Milton H. Erikson*, MD. New York: Norton
- HARARI, R. (1988), *La repetición del fracaso*. Nueva Visión.
- HARARI, R. (1998) *Polifonías(del arte en psicoanálisis)*. Ed. Del Serbal.
- HARMS, E.: (1964) *Psicología del niño anormal*. Buenos Aires, Paidós.
- HART, H. H.: (1950) *The Integrative Function in Creativity*, en *Psychiatric Quarterly*, XXIV.
- HENSELL, J.: (1987) *El arte como terapia*, Barcelona, Herder.
- HERNÁNDEZ BELVER, M. (1995): *El arte de los niños*, Madrid: Fundamentos.
- HERZBERG, C.: (1994) *Art d'exclus, exclus de l'art*, en *La Rue*.
- HILL, A.: (1946) *L'Art contre la maladie: Une histoire d'art-thérapie*, París, Vigot.

- HOFFMAN, E.T.A. (1972). *El hombre de la arena. En El hombre de la arena y otros cuentos*. Madrid: Magisterio Español,
- JENNINGS, S. y colaboradores: (1979) *Terapia creativa*, Buenos Aires, Kapelusz.
- JEUDY, H. P.: (1994) *Le patrimoine des fous*, en La Rue, Nº 5, marzo..
- JUNG, C.:(1988) *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- Kaës, René (2009b) *La realidad psíquica del vínculo*, Revista de la AIPCF, “El vínculo”.
- KATZ, D.: (1961) *Psicología de la forma*, Madrid, Espasa Calpe.
- Kellogg, R. (1970). *Analyzing children’s art*. Palo Alto
- KERAVAL, P.: (1906) *De l’art chez les aliénés*, en Inf. Alienist. Neurologist.
- KLEIN, J. P.: (1997) *La arteterapia*. Paidós..
- KOPPITZ, E.: (1976) *El Dibujo de la figura humana en los niños*, Buenos Aires, Guadalupe.
- KRIS, E. y KUZ, O.,(1982), *La leyenda del artista*, Ensayos Arte Cátedra, Madrid.
- LACAN, J. (1975): *El estadio del espejo como formador de la función del yo [Je]*, en Escritos, (6ta ed.), Ciudad de México: Ed. Siglo XXI
- LACAN, J.: (1984) *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo*, en Escritos 2, México, Siglo XXI
- LAING, R.: (1971) *L’Équilibre mentale, la folie et la famille*. París, Maspero.
- LAJONQUIERE, L.: *De Piaget a Freud: para repensar los aprendizajes*. Nueva Visión.
- LANDGARTEN, H.: (1981) *Clinical Art Therapy. A comprehensive Guide*, N.Y., Brunner/Mazel.
- LANGER, S. K. (2006). *Los problemas del arte*. Buenos Aires: Infinito.
- LAPIERRE, A. Y AUCOUNTIER, B.: (1977) *Simbología del movimiento*, Barcelona, Científico-Médica.
- LAPIERRE, A. Y AUCOUNTIER, B.: (1980) *El cuerpo y el inconsciente en educación y terapia*, Barcelona, Científico-Médica.
- LE POULICHET, S.:(1998), *El arte de vivir en peligro*. Nueva Visión.
- LEVINE, P.A. (1999): *Curar el trauma*, Barcelona, Urano.
- LIBERAL, Julio, (1996), *Por los caminos de la creatividad*, Editorial LIBSA, Madrid.
- LLOMPART, P. , ZELIS, O. (2010) *El valor del arte para el desarrollo subjetivo*. Ed. Letra Viva

- LOEWALD, H. (2007). *El psicoanálisis como Arte y el carácter fantasmático de la situación analítica*. En Revista de psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid. 50.07: 39-56.
- LOEWALD, H.W. (1988). *Sublimations. Inquiries into theoretical psychoanalysis*. Yale University Press: New Haven and London.
- LOMBROSO, C.: (1964) *Arte, genio y locura*. Minerva, Madrid.
- LOPE DE VEGA, F. (1996) *Los locos de Valencia*. Madrid: Aguilar.
- LÓPEZ FERNÁNDEZ CAO, M. Y MARTÍNEZ DÍEZ N. (2006) *Arteterapia. Conocimiento a través de la expresión artística*. Madrid: Ediciones Tutor Psicología.
- LOPEZ QUINTAS, ALFONSO, (1998) *Estética de la creatividad*, Rialp, Madrid.
- LOWEN, A.: (1985) *El lenguaje del cuerpo*, Barcelona, Herder.
- LYOTARD, JEAN-FRANÇOIS (2005) *La posmodernidad*. Editorial Gedisa,
- M. y ELIEL, C. S.: (1993) *Visiones paralelas. Artistas modernos y arte marginal*". Madrid. Catálogo, Museo Nacional de Arte Reina Sofía.
- MACCAGNANI, G. y BOBON, J.: (1961) *L'expression plastique en psychopathologie*, en Neurologie et Psychiat., Belgique.
- MACDOUGALL, J, y otros, (2010), *El Artista y el Psicoanalista*. Nueva Visión.
- MACDOUGALL, J.: (1996), *Alegato por una cierta Anormalidad*. Paidós.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York
- MANNONI, M. (1990): *El niño retardado y su madre*. Paidós.
- MANNONI, M. (1994), *Lo nombrado y lo innombrable*. Nueva Visión.
- MANNONI, M.: (2000), *El niño, su enfermedad y los otros*. Nueva Visión.
- MANNONI, O. (1975). *Freud. El descubrimiento del inconsciente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- MARIN ViAna, R. (2000): *Investigación y dibujo infantil: el dibujo infantil es un dibujo. Educación artística y Arte infantil*. Madrid: Fundamentos.
- MARÍN, R. y DE LA TORRE, S., (1991), *Manual de creatividad*, Vicens Vives, Barcelona.
- MARINA, J. A. (1993). *Teoría de la inteligencia creadora*. Barcelona: Editorial
- MARTÍNEZ DIEZ, N.; LÓPEZ Fdz. CAO, M. (coord.) (2004): *Arteterapia y educación*, Comunidad de Madrid.

- MASLOW, Abraham H., (1982), *La personalidad creadora*, Editorial KAIRÓS, Barcelona, 1982.
- MATUSSEK, E y otros, (1977), *La creatividad desde una perspectiva psicodinámica*, Herder, Barcelona.
- MATUSSEK, Paul. (1977), *La creatividad*. Helder. Barcelona.
- MAUDSLEY, H.: (1991) *Las causas de la locura*, Madrid, Dorsa.
- McDOUGALL, J. y otros. (1974) *El artista y el psicoanalista*. Ed. Nueva Visión
- MEICHENBAUM, D. (1977). *Cognitive behavior modification: An integrative approach*. New York:Plenum Press.
- MILMANIENE, J. E.: (1991) *Arte y Psicoanálisis*, Buenos Aires, Kargieman.
- MONGENTHALER, W.: (1964) "Adolf Wölfli" en *L'Art Brut*, París, fascículo 2.
- MONTERO, R.: (1977) "Un 'manicomio' en libertad" en *Triunfo*, Nº 733, pp. 38-40.
- MORGENSTERN, S.: (1927) *Un cas de mutisme psychogène*, en *Rev. Franç. Psychanal.*, I, 3,
- MORON, P, y otros, (2003). *Créativité et art-therapia en psychiatrie*. Paris. Masson.
- MOSEY, A. C.: (1973) *Activities therapy*, N. Y., Raven Press.
- MÚGICA, HUGO (2002) *Poéticas del vacío*. Editorial Trotta, Madrid
- MUMMERT, 1., (1982), *Madurez creadora*, Mensajero, Bilbao.
- MUNOZ, J., (1994), *El pensamiento creativo*, Octaedro, Barcelona.
- MUZAN, M.: (1978) *Del arte a la muerte*. Barcelona, Icaria.
- NAVRATIL, L.: (1972).: *Esquizofrenia y arte*. Barcelona. Seix Barral.
- NEUMANN, E., (1992) *Mitos de artista*, Tecnos, Madrid.
- NOMBELA, J.: (1909) *El arte de los alienados*, en *Archivo Criminal Médico Legal Psiquiátrico*, Buenos Aires.
- ORTELLS, J. J.: (1996), *Imágenes mentales*, Barcelona, Paidós.
- OSSORIO, C.: (1929) *A expressao artistica nos alienados*, Lisboa.
- P KRIS, E., (1964), *Psicoanálisis de lo cómico y lo psicológico de los procesos creadores*, Paidós, Buenos Aires.
- PAIALLE, G. C.: (1972) *Laing y la antipsiquiatría*, Paidós, Barcelona.
- PAÍN, S. (1983). *Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje*. Buenos Aires. Nueva Visión.

- PAÍN, S. (1985). *La génesis del inconsciente. La función de la ignorancia II*. Buenos Aires. Nueva Visión.
- PAVLOSKY, E. y KESSELMAN, H., (1980), *Espacios y creatividad*, Búsqueda, Buenos Aires.
- PAVLOSKY, E., (1969), *Reflexiones sobre el proceso creador*, Proteo, Buenos Aires.
- PAVLOSKY, E.,(1979). *El proceso creador*. Prometeo, México.
- PEIRY, L., (2001), *Art Brut. The Origins of Outsider Art*. Barcelona. Herder.
- PEREIRA, O.: (1963) *A pintura psicopatológica. Un estudio clínico laboratorial*, Lisboa.
- PEREZ LORENTE, R., (1979), *Creatividad, personalidad e inteligencia*, Tesis doctoral, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación, Universidad de Valencia.
- PEREZ, G.: (1991) *Terapia artística para personas con necesidades de una educación especial*, en Comunidad Escolar, Nº 332.
- PESSOA, F. (1997). *Libro del Desasosiego*. Barcelona: Seix Barral.
- PEUSNER, P. (2010). *Reinventar la debilidad mental: reflexiones psicoanalíticas en torno a un concepto maldito*. Buenos Aires, Letra Viva.
- PHILLIPS, W. (edit): (1963) *Art and psychoanalysis*, Cleveland, World Publishing.
- PIAGET, J. (1994): *La creación del símbolo en el niño*, México: F. C. E.
- PIAGET, J.: (1968) *Seis estudios de psicología*, Barcelona, Seix Barral.
- PIAGET, J.: (1974) *El estructuralismo*, Barcelona, Oikos-Tau.
- Pichón Rivière, Enrique. (1982) *El Proceso Grupal*. Ed. Nueva Visión
- PICHON, E., (1987) *El proceso creador*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Polo Dowmat, Lilia Cristina (2005) *Técnicas plásticas del arte moderno y la posibilidad de su aplicación en arte terapia : tesis doctoral*. [Tesis Doctoral]. <http://eprints.ucm.es/tesis/bba/ucm-t27338.pdf>
- POLO, L.: (2000) *Tres aproximaciones al Arte Terapia*, en Arte, Individuo y Sociedad, Nº 12.
- POLO, L.:(2000) *“Yo puedo, tú puedes... La Expresión Artística como puente de comunicación para personas con discapacidad”*, comunicación del IIº Congreso de Arte Infantil, Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica, Facultad de Bellas Artes, Universidad Complutense de Madrid.
- PORTER, ROY. (1989). *Historia social de la locura*; Editorial Crítica, Barcelona.

- POVEDA, J. M^a.: (1981) *Locura y creatividad. Introducción a la psicopatología*, Madrid, Alhambra.
- PRADO SAEZ, J.A. de, (1983), *El desarrollo de la creatividad*, artículo en *Innovación Creadora*, número 16, Valencia.
- PRINZHORN, H. (2012) *Expresiones de la locura: El arte de los enfermos mentales*. Ed. Cátedra.
- RAMIREZ, J. A. (2000). *Duchamp. El amor y la muerte, incluso*. Madrid: Siruela.
- RAMÍREZ, J. A.: (2003) *Corpus solus. Por un mapa del cuerpo en el arte contemporáneo*, Madrid, Siruela.
- RECALCATI, M. *Las tres estéticas de Lacan*. Barcelona: Ed. Paidós
- RICOEUR, P. (2003). *Sí Mismo Como Otro*. México: Siglo XXI, 2^a edición.
- RITVO, J. (2006). *Figuras del prójimo. El enemigo, el otro cuerpo, el huésped*. Bs. As.: Letra Viva.
- RODULFO, M. (1992), *El niño del dibujo*. Paidós.
- RODULFO, M. (1995) *Trastornos narcisistas no psicóticos*. Buenos Aires: Paidós.
- ROF CARBALLO, J.: (1972) *El hombre como encuentro*. Alfaguara. Madrid.
- ROGERS, C.: (1961) *El proceso de convertirse en persona*, Buenos Aires, Paidós.
- ROMO, M. (1997): *Psicología de la Creatividad*. Barcelona. Paidós.
- ROSENKARZ, K. (1992). *Estética de lo feo*. Madrid: Julio Ollero Editor.
- ROSOLATO, G.: (1969) *Essais sur le symbolique*. París, Gallimard.
- ROUGEMENT, E.: (1950) *La escritura de los alienados y de los psicópatas*. Vigot Ediciones.
- ROUMA, O. (1947): *El lenguaje gráfico del niño*, Buenos Aires: Ateneo.
- SANBLOM, P.: (1995) *Enfermedad y creación. Cómo influye la enfermedad en la literatura, la pintura y la música*. México, D. F., Fondo de Cultura Económica.
- SARRO, R.: (1994) *Antología de la psicopatología de la expresión*, Barcelona.
- SARTRE, Jean Paul, (1984), *La imaginación*, Sarpe, Madrid.
- SAVID, C. (2004). *Construcción de la subjetividad y sus tropiezos*. Rosario, UNR Editora.
- SCHAVERIEN, J. (19999). *The Revealing Image: Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice*. Jessica Kingsley Publishers,
- SCHAVERIEN, J. y WEIR, F.: (1987) *Images of Art Therapy*, London, Elek.

- SCHNEIDER ADAMS, L.: (1996) *Arte y Psicoanálisis*. Madrid, Cátedra.
- SCHNEIDER, D. E.: (1994) *El Psicoanalista y el Artista*. México, Fondo de Cultura Económica.
- SCHORN, M, (22003), *La capacidad en la discapacidad*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- SCHORN, M,. (1999), *Discapacidad, una mirada distinta, una escucha diferente*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- SCHRIFES, A.: (1972) “¿Hay que curar a los locos? En Triunfo, Nº 484
- SCHUSTER, M. y BEISL, H.: (1982) *Psicología del arte. Cómo influyen las obras de arte*, Barcelona, Blume,
- SEBBAG, G.: *El Surrealismo*. Nueva Visión.
- SECHEHAYE, M. A.: (1960) *Symbolic Realisation*, N.Y., International Universities Press.
- SEGAL, H.: (1990) *Sueño, fantasma y arte*. Nueva Visión.
- SEMERARI, ANTONIO (2002) *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*, Editorial
- SEMIONOVICH VIGOTSKI, L. (1972). *Psicología del arte*, Barcelona, Barral.
- SIBILA, P. (2008). *La intimidad como espectáculo*, Bs. As., de. Fondo de Cultura Económica.
- SONTANG, S.: (1980) *La enfermedad y sus metáforas*, Barcelona, De. Muchnik.
- SOULIER, B., (1995),. *Los discapacitados y la sexualidad*. E. Herder, Barcelona.
- STAATS, A.W. (1982) *Aprendizaje, lenguaje y cognición*. México: Trillas.
- STAROBINSKY, J.:(1996), *Las palabras bajo las palabras*. Gedisa Editora.
- STERN, A. (1959): *Comprensión del arte infantil*, Buenos Aires: Kapesluz.
- STERNBERG, R.J.; LUBERT, T.I. (1996): *La creatividad en una cultura conformista. Un desafío a las masas*. Barcelona. Paidós.
- STORR, A.: (1972) *The Dynamics of Creation*, Harmondsworth, Penguin,
- TISSERON S.: (1995) *Psychoanalyse de l'Image: de l'Image aux images virtuelles*, París, Dunod.
- TRABUCCHI C.; ANDREOLI, V. y PASA, A.: (1961) *Psicopatologia dell' espressione*, Roma.
- TUCHMAN, M. y ELIEL, C. S.: (1993) *Visiones paralelas. Artistas modernos y arte marginal*. Madrid, Catálogo, Museo Nacional de Arte Reina Sofía.

- TURK, D., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitivebehavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- ULMAN, E. y LEVY, B. I.: (1973) *Art Therapist as Diagnosticians” en American Journal of Art Therapy*, Nº 13.
- ULMAN, E.: (1961) *Art Therapy: Problems of definition* en Bulletin of Art Therapy.
- UPIAS (1976). *Fundamental Principles of Disability”*, (London: Union of the Physically Impaired Against Segregation - UPIAS).
- VVIGOTSKI, L.S., (1982). *La imaginación y el arte en la infancia*, Akal, Madrid.
- VIGOTSKY, L. S. (1982). *Pensamiento y Lenguaje*. Ed. Pueblo y Educación. La Habana.
- VIGOTSKY, L. S. (1987). *Historia del desarrollo de las Funciones Psíquicas Superiores*. Ed. Científico-Técnica. La Habana.
- VIGOTSKY, L. S.: (1972) *Psicología del arte*, Barcelona, Seix Barral
- VINCHON, J.: (1927) *L’art dément*, París, Aesculape.
- VINCHON, J.: (1950) *L’art et la folie*, París, Stock
- WACJMAN, G. (2006).: *La casa, lo íntimo, lo secreto*, en AAVV “Las tres estéticas de Lacan (Psicoanálisis y Arte)”, Bs. As., Ediciones del Cifrado.
- WADESON, H.: (1980) *Art Psychotherapy*, N.Y., Wiley.
- WEIGELI, S, (1996). *Cuerpo, imagen y espacio en Walter Benjamin*. Buenos Aires, Paidós.
- WEISBERG, R. W., (1987), *Creatividad. El genio y otros mitos*, Labor, Barcelona, 1987.
- WINNICOTT, D.W. (1958): *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Paidós. Buenos Aires.
- WINNICOTT, D.W. (1965): *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Paidós. Buenos Aires.
- WINNICOTT, D.W. (1970). *Vivir creativamente. En El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. Barcelona: Paidós.

IMÁGENES DEL TALLER









