



**Estudio de Caso acerca del Uso de los  
Dibujos Cromáticos y Acromáticos  
como Recurso Terapéutico en  
Psico-Oncología**

---

*Problema:*

*¿Los dibujos cromáticos y acromáticos pueden ser una estrategia terapéutica en Psico-Oncología?*

---

AUTOR: LIC. MARÍA NIDIA SIMONE

TUTOR DE CONTENIDOS: LIC. MIRTA DI PRETORO

ORIENTACIÓN METODOLÓGICA: LIC. ESP. CARINA PONCE

DIRECTOR: DRA. MARÍA BOSNIC

---

**Fecha de Presentación: Mayo 2012  
Lugar: Buenos Aires, Argentina**

## INDICE

<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>DESARROLLO</b>	5
<b>1.- Marco teórico</b>	5
1.1.- Aspectos Médicos. Cáncer de esófago	5
1.2.- Psicooncología	6
1.3.- Psicología Humanista	8
1.4.- Antecedentes de los Test Gráficos	13
1.5.- Las Técnicas Gráficas	16
1.5.1.- Técnicas Proyectivas Gráficas	16
1.5.1.1.- Test Proyectivos	16
1.5.1.1.1.- Validez	17
1.5.1.1.2.- Normas	18
1.5.1.1.3.- Test del HTP	19
1.5.1.1.4.- Procedimiento, Consigna e Interrogatorio	19
1.6.- Utilidad de los dibujos dentro del proceso terapéutico	21
1.7.- Interpretación de los aspectos estructurales y de contenidos	22
1.7.1.- Aspectos estructurales	22
1.7.2.- Fase de Contenido	26
1.8.- Ítems de la “Casa”	26
1.9.- Ítems del “Árbol”	30
1.10.- Ítems de la “Persona”	31
<b>2.- PLANTEO DE PROBLEMA</b>	35
<b>3.- OBJETIVOS</b>	35
3.1.- Objetivos Generales	35
3.2.- Objetivos Específicos	35
<b>4.- ASPECTOS METODOLOGICOS</b>	36
4.1.- Tipo de trabajo	36
4.2.- Criterio para la selección de la unidad de análisis	36
4.3.- Técnicas e instrumentos	37
<b>5.- PRESENTACION DEL CASO CLINICO</b>	37
5.1.- Encuadre general	37

5.2.- Filiación y Antecedentes	38
5.3.- Genograma	39
<b>6.- DESCRIPCION DEL CASO</b>	<b>39</b>
6.1.- Primera Sesión	40
6.2.- Segunda Sesión	43
6.3.- Tercera Sesión	44
6.4.- Cuarta Sesión	46
6.5.- Quinta Sesión	48
6.6.- Sexta Sesión	50
6.7.- Séptima Sesión	50
6.8.- Octava Sesión	51
<b>7.- ANALISIS DEL CASO</b>	<b>52</b>
7.1.- Análisis de los dibujos	52
7.1.1.- Enfermedad	52
7.1.2.- Salud	54
7.1.3.- Casa	55
7.1.4.- Árbol	56
7.1.5.- Persona	57
<b>8.- CONCLUSIONES</b>	<b>59</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCION

El presente Estudio de Caso corresponde al Trabajo Integrativo Final, requisito para la acreditación de la Especialización en Psico-Oncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.

El título elegido es: *Estudio de Caso acerca del Uso de los Dibujos Cromáticos y Acromáticos como Recurso Terapéutico en Psico-Oncología.*

Existe numerosa bibliografía relacionada al Arte-Terapia, las Técnicas Proyectivas Gráficas para Psicodiagnóstico, Grafismo infantil, Evolución del Dibujo aplicada a pacientes con patologías orgánicas. Sin embargo, la implementación de los Dibujos Cromáticos y Acromáticos como recurso Terapéutico en Psico-Oncología no se ha utilizado con anterioridad.

Antes de comenzar con el desarrollo del tema es oportuno dar cuenta de las circunstancias que motivan su elección. En primer lugar, la atención de pacientes con cáncer. En segundo lugar, los conocimientos adquiridos en el Post Grado en Técnicas Proyectivas, cuyos aportes posibilitan el empleo de dibujos en la tarea clínica con pacientes oncológicos. Y por último, la formación como terapeuta humanista, permite escuchar sin rechazo la complejidad de los sentimientos del otro en un ambiente terapéutico de estabilidad, respeto, seguridad e intimidad que garantice una mejor comunicación de modo que fluya libremente la conflictiva.

A lo largo de estos años, se guardaron en carpetas sesenta y ocho dibujos realizados por pacientes, los cuales aceptaron con gusto la técnica; con el fin de que algún día se obtengan conclusiones generales. Para ello, las consignas, los materiales y el interrogatorio se estandarizaron. En otras palabras, siempre se solicitaron los mismos dibujos de: Enfermedad, Salud y el Test de la Casa, del Árbol y la Persona (HTP). Su administración en todos los casos fue posterior a la anamnesis o entrevistas; esto permite un conocimiento de la historia vital del paciente.

El caso que se elige y analiza es ejemplificador respecto a la calidad del material recolectado, puesto que reúne los elementos de análisis que permiten el desarrollo

del estudio, que si bien, no es experimental ni cuantitativo, abre un camino a investigaciones futuras.

Esta nueva herramienta terapéutica posee resultados más que óptimos en pacientes oncológicos, que por su diagnóstico o secuelas de estudios y/o tratamientos se ven afectados en su expresión oral, dificultándoles la comunicación verbal.

Esta es la historia de Ramón, un jubilado gastronómico de 63 años, casado. Su familia está compuesta por tres hijas mujeres de 25, 23 y 21 años.

El 5 de Mayo de 2005, este es diagnosticado, por biopsia, de carcinoma infiltrante del tercio medio de esófago, de tipo escamoso, con metástasis múltiples en ganglios mediastinales y ambos pulmones: estadio IV.

Inicia apoyo psico-oncológico, una vez por semana, con sesiones de 45 a 50 minutos. Al principio se detecta una buena relación médico-paciente, asimismo manifiesta algunos bloqueos para procesar la información.

La duración del tratamiento fue de ocho sesiones; en las dos primeras se obtuvieron datos de la historia personal y familiar, y las seis restantes se trabajó con las técnicas gráficas.

Los dibujos, que se analizan en este Trabajo Integrativo Final, son parte del proceso terapéutico, es decir, no sólo se usan con un fin diagnóstico, sino también como parte constitutiva del tratamiento mismo, para disminuir la ansiedad del paciente provocada por las dificultades para hablar ante la acumulación de saliva, por la imposibilidad de deglución, sumado a su voz ronca, secuela de varias endoscopías realizadas que le provocaron traumatismo en las cuerdas vocales, entorpeciendo la comunicación verbal. Por esta razón, se utilizó la vía gráfica ante la falta de fluidez de la palabra; no obstante como se verá más adelante, el paciente hace uso del relato verbal, más de lo esperado para estos casos.

Al decir de Rogers (1997) el cliente expresa sus sentimientos libremente de modo verbal y no verbal; el terapeuta debe motivarlo para ello, para que pueda llegar a acuerdos personales con un compromiso consigo mismo, y además; a una reorganización de ideas, conceptos y necesidades.

Del mismo modo, Hammer (1969) sostiene que los sujetos dibujan no solo lo que ven, sino también lo que sienten, transmitiéndolo a través del emplazamiento, del tamaño, de la presión de la línea y también del contenido del dibujo. Este es un producto palpable que ayuda a demostrar sentimientos, aunque ellos se encuentren ocultos o sean confusos, como se demuestra en el caso clínico que se presentará más adelante.

Citando a Hammer (1969);

*Los dibujos en el ámbito terapéutico constituyen una de las muchas formas del lenguaje simbólico.*

*En los dibujos proyectivos así como en los sueños los conflictos inconscientes emplean el lenguaje simbólico con bastante facilidad. Los dibujos al igual que el lenguaje simbólico alcanzan las capas primitivas del sujeto. (p. 22)*

Se debe mencionar a los dibujos como forma de expresión no verbal, los cuales manifiestan el mundo interior de quien los realiza, situación bastante común en los pacientes con cáncer, debido a las barreras conflictivas que presentan del tipo emocional que bloquea la comprensión de la información médica y no le permiten expresar preocupaciones.

Los dibujos de Ramón tanto cromáticos o acromáticos dan la posibilidad de observar la imagen interna que él tenía de sí mismo y de su entorno. La aparición del color fue muy significativa.

Así lo manifiesta Boutonier (1980):

*También los rasgos patológicos del carácter pueden ponerse de manifiesto a través del dibujo. Parece ser realmente cierto, como lo ha señalado Trude Traube (1941), que el estilo del dibujo, los colores empleados, varían según se traten de niños agitados que garabatean todo o el grafismo tan característicos de los maníacos adultos, o deprimidos que producen superficies lisas realizadas en colores sombríos. (p. 34).*

Debido a la naturaleza de esta enfermedad y a los tratamientos menos agresivos es posible el uso de diferentes técnicas psicoterapéuticas en distintos momentos del proceso oncológico con su aplicación correspondiente, según se ajuste a las necesidades individuales de cada paciente.

En efecto, esta experiencia de caso único que se presenta, sumada a la existencia de otras, pretende demostrar que los dibujos son una herramienta terapéutica

válida en el abordaje del paciente oncológico. Y es posible pensar que a medida que pasa el tiempo, la persona aprende a convivir con su enfermedad y puede llegar a corregir, a través de su creación y del apoyo, distorsiones que tiene de sí mismo y del entorno.

La intención del trabajo es demostrar que es posible la utilización de los dibujos como recurso terapéutico en el tratamiento mismo del paciente adulto con enfermedades oncológicas, y despertar el interés por investigar en el futuro sobre este tema.

Por último, el encuentro con lo lúdico le permite al adulto padeciente relajarse, proyectar y lograr modificaciones de comportamientos.

En el presente Trabajo Final Integrativo, se trabaja con los siguientes textos: *“Psicooncología”* (María Die Trill); para la línea terapéutica con enfoque humanista *“La personalidad Creadora”* y *“El Hombre Autorrealizado”* (Maslow); y *“El proceso de Convertirse en Persona”* y *“Psicoterapia Centrada en el Cliente”* (Rogers). Para el análisis de los dibujos se emplea los criterios de las pruebas proyectivas gráficas publicadas por León Hammer en su libro *“Test Proyectivos Gráficos”*; y *“Tests Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamientos Clínicos”*, de María Vives Gomila, entre otros.

El presente trabajo está conformado por una introducción, el desarrollo que incluye el marco teórico y definiciones que conforman la base conceptual: reseña sobre el cáncer de esófago, luego bajo el título psicooncología se pretende definir y mostrar en forma generalizada situaciones psico-afectivas del enfermo de cáncer, posteriormente se darán definiciones, fundamentos y aportes teóricos de la corriente psicológica humanista y de las técnicas proyectivas gráficas en su totalidad referidas al tema elegido.

Luego se presenta el planteo del problema, los objetivos generales y específicos, los aspectos metodológicos utilizados, la presentación del Caso Clínico, la descripción del Caso: transcripción de las ocho sesiones, y el Análisis del Caso. Para finalizar, se expondrán las conclusiones, la bibliografía utilizada y los anexos que incluyen la producción gráfica realizada por el paciente.

## DESARROLLO

### 1.- MARCO TEORICO

#### 1.1 Aspectos médicos. Cáncer de esófago

Siguiendo las Pautas en Oncología del Instituto de Oncología Ángel Roffo (2008, pág. 158) el cáncer de esófago es una enfermedad en la cual se forman células malignas en los tejidos de ese órgano.

El mismo es el órgano que permite el traslado de los alimentos desde la garganta al estómago. La pared del esófago comprende varias capas de tejido, incluyendo la membrana mucosa, músculo y tejido conjuntivo. El cáncer de esófago comienza en el revestimiento interior o mucosa del esófago y se disemina hacia afuera hasta las otras capas a medida que crece.

Las dos formas más comunes de cáncer de esófago, se denominan, de acuerdo con el tipo de células:

Carcinoma de células escamosas: cáncer que se forma en las células delgadas, planas que revisten el esófago. Este tipo de cáncer se encuentra con mayor frecuencia en la parte superior y media del esófago, pero se puede presentar en cualquier lugar del mismo. También se llama carcinoma epidermoide estratificado y es el que afecta al paciente que se describe.

Adenocarcinoma: cáncer que comienza en las células glandulares (secretorias), en el revestimiento del esófago que producen y liberan líquidos como el moco. Los adenocarcinoma habitualmente se forman en la parte inferior del esófago, cerca del estómago.

Fumar, consumir mucho alcohol y el esófago de Barrett (provocado por el reflujo ácido del estomago) pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de esófago. Otros factores son también la edad avanzada, el sexo masculino y ser afro estadounidense.

Los signos más comunes del cáncer de esófago son la dificultad para tragar (disfagia), pérdida de peso, dolor detrás del esternón, ronquera y tos, indigestión, sialorrea y acidez estomacal.

Para detectar y diagnosticar el cáncer de esófago se utilizan las siguientes pruebas: radiografía de tórax, tránsito esofágico y seriada esófago-gastro duodenal, esofagofibroscofia con toma de biopsia y tomografía axial computada.

La biopsia es la extracción de pequeñas muestras de tejidos para que un patólogo las pueda observar bajo un microscopio y verificar si hay signos de cáncer. La biopsia generalmente se lleva a cabo durante una esofagoscopia.

El pronóstico (probabilidad de recuperación) y las opciones de tratamiento dependen de los siguientes aspectos:

- Estadio del cáncer (si afecta parte del esófago o todo el esófago, o si se diseminó hasta otras partes del cuerpo).
- Tamaño del tumor.
- Estado general de salud del paciente.

Cuando se detecta el cáncer de esófago muy temprano, es más alta la probabilidad de recuperación, aunque esto no es lo más frecuente, siendo lo habitual detectarlo en estadios avanzados. En estos estadios, este tipo de cáncer se puede tratar, pero en raras ocasiones se puede curar.

El cáncer del esófago es una enfermedad tratable pero raras veces curable. La supervivencia general a cinco años de los pacientes que pueden ser sometidos a un tratamiento definitivo es del 5 al 30%. Los pacientes que presentan displasia severa en la mucosa esofágica distal de Barrett, usualmente presentan cáncer in situ e incluso invasivo circunscritos a la región displásica. Después de la resección, estos pacientes suelen tener un pronóstico excelente.

Las modalidades principales de tratamiento son la cirugía sola en la mayoría de los casos, o la quimioterapia y/o radioterapia. La modalidad de terapia combinada (es decir, quimioterapia más cirugía o quimioterapia y radioterapia más cirugía) está bajo evaluación clínica, observándose, hasta ahora, muy buenos resultados.

### 1.2 Psicooncología

Jimmie C. Holland y Mauricio Murillo (2003) definen a la psicooncología como:

*una sub-especialidad de la Oncología que abarca dos dimensiones psicológicas concernientes al paciente con cáncer: -a) La respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en todas las diferentes etapas de la enfermedad (psicosocial); -b) los factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales que pudieran influir en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer (psicobiológicos). (Pag.33/34)*

Según Die Trill, (2003) cuando un paciente padece cáncer y es derivado a Psico-Oncología es porque siente un desacuerdo interno; un estado de vulnerabilidad y angustia, y además tiene preocupaciones supremas que son: la muerte, la libertad, la soledad y el sin sentido, y se ocupará en enfrentar estas cuatro preocupaciones durante toda la fase de su tratamiento.

Esta autora plantea que el diagnóstico y los diversos tratamientos colocan al enfermo primero frente a la amenaza de la muerte, pero también suponen un desafío a su libertad, o una angustiosa y profunda experiencia de soledad, o un replanteo de valores hasta entonces dominantes en su vida, en la búsqueda de sentido para su existencia. (Die Trill, 2003)

Más allá del éxito o fracaso de un tratamiento en psicooncología, la terapia debe darse en el marco de un encuentro, un estar juntos, palpar y sentir, comunicarse; un conocimiento intuitivo mediante el silencio, la palabra, la escucha activa, el gesto, el abrazo, y el terapeuta debe estar en estado de acuerdo interno: debe experimentar aceptación positiva e incondicional y comprensión empática con el "cliente" (Rogers, 1997). Todo esto serán los pilares del proceso terapéutico, puesto que la empatía, el respeto, la confianza y calidez afectiva ayudaran y contendrán al enfermo de cáncer.

El psicooncólogo debe motivar al paciente a que se exprese libremente de modo verbal y no verbal llevándolo a la construcción de su historia y vivencias. (Die Trill, 2003)

A veces, lo no verbal excede a lo verbal (v.gr. caso Ramón) circunstancia propicia para comunicarse y transmitir a través de los dibujos.

El encuentro psicoterapéutico es sublime, y el psicooncólogo debe acercarse al paciente con la idea de mantener una alianza única y distinta: debe ser un

tratamiento dinámico, con un encuadre flexible, adaptándose permanentemente a las necesidades del paciente con cáncer. (Fernández Álvarez, 1992)

Al decir de Rogers (1997) el cliente ha de llegar a acuerdos personales, un compromiso consigo mismo, y además, a una reorganización de ideas, conceptos y necesidades; y en este punto, se espera evolucione a otra etapa y busque la auto-actualización cuando su organismo recupere la salud.

### 1.3 Psicología Humanista

El punto de vista humanista presenta un modelo positivo y optimista del hombre inmerso en la cultura, con sentimientos, valores e ilusiones. (Maslow, 1982)

A continuación es preciso enunciar algunos conceptos básicos de la Psicología Humanista a fin de que sirvan como base para el análisis del caso que se presenta: a) el hombre, como tal, excede la suma de sus partes b) es considerado como algo más que un resultado de la suma de varias partes y funciones c) lleva a cabo su existencia en un contexto humano, su naturaleza se expresa en su relación con los otros seres humanos d) es consciente: la conciencia forma parte esencial de su ser e) tiene capacidad de elección f) la conciencia hace al hombre, no ser un mero espectador, sino participe de sus experiencias y g) es intencional, siendo esta intencionalidad la base sobre la cual el hombre construye su identidad, sus apegos y su libertad. (Maslow, 1982)

El enfoque humanista se convirtió en una alternativa a las formas tradicionales de psicoterapia, convirtiéndose según Maslow, (1982) en la tercera fuerza que, al día de hoy, no ha perdido vigencia, por el contrario, se enriquece día a día y aumenta su área de acción.

Este autor considera a la persona con libertad de elección y no es patológica ni carente, no es víctima según su historia personal.

Rogers, (1997) sustituye la palabra “paciente” por “cliente” lo que sugiere un aspecto activo, dinámico, y en el contexto terapéutico significa la relación directa y la autonomía de las personas, las cuales no se pueden modificar.

Además de esto, pone énfasis en la exploración, ya que es la primera que lleva a cabo investigaciones acerca del proceso terapéutico, empleando registros a través

de grabaciones de las sesiones para facilitar el estudio y el desarrollo de las exigencias del cliente.

Los principales exponentes de esta postura, entre otros, son:

Abraham Maslow (1982) describe la historia de la Psicología a lo largo de cuatro grandes fuerzas o movimientos del pensamiento, cada uno de ellos aporta elementos importantes al desarrollo de la Psicología contemporánea.

Estos cuatro grandes movimientos marcan la aparición en orden cronológico de la Psicología Experimental, la Psicología Clínica, la Psicología Humanista y la Psicología Transpersonal, integrada cada una de ellas por numerosas escuelas de Psicologías y/o Psicoterapia.

Su teoría, al principio de su carrera, es la pirámide de necesidades y crea la jerarquía de necesidades, considerando obvias el agua, aire, comida y sexo; luego las amplía a: necesidades fisiológicas: incluye las necesidades de oxígeno, agua, proteínas, sal, azúcar, calcio, minerales, vitaminas, el equilibrio del pH y la temperatura. Otras necesidades están dirigidas a mantenerse activos, a dormir, a descansar, a eliminar desperdicios (sudor, orina y heces) a evitar el dolor, tener sexo y buscar el placer. Necesidades de seguridad y re-aseguramiento: para ello, deben estar compensadas las necesidades fisiológicas, entonces el hombre se empezará a preocupar en encontrar razones que provean seguridad, protección y estabilidad; incluso se podrá desarrollar una necesidad de estructurar ciertos límites y empezará a preocuparse por los miedos y las ansiedades. En tercer lugar, las necesidades de amor y pertenencia: se deben completar las dos primeras para que aparezca esta tercera necesidad: de amigos, de pareja, de hijos y relaciones afectivas en general, incluyendo su pertenencia a la comunidad. Y para finalizar, las necesidades de estima, compensadas las anteriores empieza la preocupación por la autoestima.

Para este autor, estas cuatro necesidades son vitales y deben estar en equilibrio, en homeostasis para el mantenimiento de la salud.

Al hablar de desarrollo general de la persona se deben tener en cuenta estos cuatro niveles como si fueran estadios: en primer lugar, lo fisiológico, después se

busca afecto y atención, luego la autoestima y así sucesivamente hasta lograr la auto-actualización.

Para Maslow (1982) el tener problemas significativos a lo largo del desarrollo, por ejemplo, periodos largos de inseguridad, abandono, separaciones lleva a que este grupo de necesidades se fijen para toda la vida y en consecuencia, esas personas se convierten en neuróticas.

Este autor, detecta una serie de imperfecciones en su análisis, que se resumen en: las personas sienten ansiedad y culpas realistas, normales. Hay personas ausentes mentalmente, y esto en ocasiones, las hace neuróticas siendo rudas, de mal humor sin que sean estados permanentes de conducta. Cuando la persona tiene necesidades compulsivas presenta un estado preocupante y de desequilibrio sobre lo que se llama la auto-actualización.

En otras palabras, la perspectiva humanista de Maslow (1982) se basa en decir que las personas pueden dirigir sus vidas y fomentar su propio desarrollo llegando a la auto-actualización más o menos estables, a la homeostasis.

Por otra parte, Carl Rogers (1997) considera la salud mental como la progresión normal de la vida, y a la enfermedad mental, la criminalidad y otros problemas humanos como distorsiones de la tendencia natural humana. Para él las personas son buenas o saludables, no malas y enfermas.

Su teoría hace énfasis en la tendencia actualizante, que puede definirse como una motivación innata dirigida a desarrollar sus potencialidades hasta el máximo límite posible, ya que considera que todas las personas desean hacer lo mejor con sus vidas, y si no lo logran, no es por falta de deseos.

Se destaca a la terapia humanista de tipo condicional porque allí se dan condicionamientos que nacen del individuo y de su realidad psico-social y de la cual se extraen valores, normas, estilos de vida, pautas, formas de interacción, actitudes. Es en el proceso terapéutico, donde se consiguen las modificaciones del comportamiento que serán permanentes en el tiempo.

Este proceso terapéutico se da: a) en el contacto de dos personas, o grupo, b) el cliente debe estar en estado de vulnerabilidad y angustia, es decir, en desacuerdo interno, c) el terapeuta estará en estado de acuerdo interno, tendrá comprensión

empática con el cliente con una aceptación positiva e incondicional, e) el terapeuta debe motivar al cliente para que exprese libremente de modo verbal y no verbal sus sentimientos, f) estos sentimientos del hombre hay que contextualizarlos, comprometiéndolo consigo mismo y así llevarlo a que distinga deberes, derechos, objetos, sentimientos, personas, deseos, percepciones, entre otras, g) sus sentimientos se refieren a una situación de desacuerdo que existe entre su experiencia específica y su noción del deber, h) el paciente tiene dificultad para decir sus sentimientos deformados o de difícil aceptación, i) debe lograr una reorganización de ideas, necesidades y conceptos, para llegar a acuerdos personales, como un compromiso consigo mismo, en búsqueda de la auto-actualización, j) la principal necesidad es lograr una atracción positiva e incondicional hacia su entorno social y familiar. El humanismo comparte con otras terapias, (su postulado más importante), lograr la mayor autoestima, debido a que es lo primordial en una terapia.

De la misma manera, las conductas se deben modificar y para lograr tal fin es necesario que: a) el cliente debe evolucionar hacia un estado de acuerdo interno, con resolución empática consigo mismo y sin ambigüedades, b) debe ajustarse al mundo desarrollando habilidades acomodacionales con percepciones objetivas y realistas, c) su actividad psíquica debe mejorar para con el mismo, y para con el mundo con el que interactúa, d) ha de lograr la autoestima porque esta aporta equilibrio personal y le servirá para valorar cuando enfrente exigencias, e) su percepción de su yo ideal debe ser definida, pero sobre todo realista, f) debe desarrollar acuerdos y lograr equilibrio entre su yo interno y sus experiencias, g) no debe deformarlas, no debe aumentar las exigencias que supone lo cotidiano, h) no le afectará la valoración de su conducta y de él como persona, siempre que se mantengan dentro del deber ser y los límites de las normas, i) tendrá un compromiso con el bienestar de otros, será una persona flexible, creadora, relajada, abierta al dialogo y espontánea y por consiguiente tendrá fe en el futuro; su concepto del mundo será alentador, realista, las exigencias serán favorables.

Según Rogers (1997) para ser un terapeuta humanista no se requiere ser especial, pero sí tener ciertos atributos como son: la *empatía*: que es la capacidad

de ponerse en el lugar del otro, ver el mundo como el paciente lo ve, tratando de entender el dolor moral que le producen las sobre exigencias, y es también ser sensible hacia los sentimientos y necesidades de la persona, reflejando en ello la significación del trabajo terapéutico. El terapeuta debe ser capaz de una relación profunda y genuina, para guiar al cliente, siempre y cuando él pueda conducirse a sí mismo. En segundo término, debe tener *coherencia*: referida a ser auténtico, esto se da a partir de la experiencia práctica y los sentimientos que experimenta el terapeuta son accesibles y están en su conciencia; no es oportunista, se vive en relación con el cliente. Es importante entrar en un encuentro persona a persona, sin negar la personalidad del cliente. Un tercer aspecto: *aceptación incondicional*: es respetar, no juzgar, tener un sentimiento positivo, considerarlo persona, y por sobre todo las cosas, al terapeuta lo caracteriza su: *madurez emocional*: es tener homeostasis, equilibrio emocional y racional, capacidad de participar en la tarea de modificación de la conducta del otro, sin modelar dicho cambio, según las necesidades del profesional. Simultáneamente, a este lo distingue la: *comprensión de sí mismo*: es el proceso de crecimiento, el esfuerzo por ser coherente; y por último, el *ambiente terapéutico*: siempre hay que tener como prioridad el crecimiento, la estabilidad y la recuperación de su autoestima, garantizando con ello la comunicación hasta de su conflictiva más profunda.

Al terapeuta humanista le importa más el factor humano que el técnico, por ello, su trabajo está más definido por sus actitudes auténticas logrando la seguridad, ya que ésta representa la base de la organización psíquica. Al sentirse seguro protege al cliente de agresiones contra su imagen. Existen amenazas a esa seguridad que pueden ser: *externas*, es la protección del cliente contra las críticas de terceros. Esto se logra con el secreto profesional, que es una exigencia ética e *interna para* tratar que reorganice sus actitudes en base al equilibrio emocional. A veces esta seguridad interna se contrapone con actitudes tutelares, cuando el terapeuta da una interpretación de las cosas al cliente y éste debe sustituir la versión ajena a la realidad que él siente tratando de articular su conducta sobre la versión impuesta. Debe aceptar las exigencias de la sociedad en que vive, debe tener confianza en sí mismo cuando el terapeuta ratifica esta falta de confianza, no

debe ser ni paternalista, ni familiar, porque confirma la dependencia. Al cliente le debe quedar claro que la terapia no es un recurso para depender.

La habilidad de un terapeuta, para éste autor, se podría resumir en: contar con una empatía, ser auténtico en la comunicación, lograr establecer confianza y armonía, ser concreto en las respuestas, tener respeto al considerar al cliente como único y auto-determinado, ayudarlo a auto-explorarse, modificar las conductas erróneas, confrontarlo con lo que dice, poner el progreso terapéutico sobre los hombros del cliente con un tono de voz, con expresión facial y con una actitud cálida afectivamente por parte del terapeuta.

#### 1.4 Antecedentes de los Test Gráficos

Autores como Silder, L. Bender, J. Buck y K. Machover contribuyeron con sus aportes, a mediados del siglo XX a complejizar la teoría de los test proyectivos gráficos y además realizaron la contribución de los conceptos acerca de la imagen corporal.

A partir de un trabajo creciente de verificación y fundamentación sobre estas técnicas durante más de treinta años, permitieron su aplicación a los problemas clínicos.

Además, existen principios de orientación teórica en la que se basan las Técnicas Proyectivas Gráficas. Concretamente: en el hombre existe una tendencia a ver el mundo de manera antropomórfica y eso facilita los aspectos proyectivos implicados en los dibujos de una casa, un árbol y otros. Esta esencia de la visión antropomórfica del medio es el mecanismo de proyección, por el cual el sujeto atribuye las propias cualidades, sentimientos, actitudes y esfuerzos a objetos del entorno: personas, cosas u organismo. (Hammer, 1969)

A efectos de justificar el tema y como respaldo científico se citarán trabajos de autores que aportan sus estudios experimentales en un principio, y corroborados después, esto otorga fundamentos a la utilización de las técnicas gráficas para diagnóstico y demuestran la proyección del mundo interno en el papel.

Ya en 1888, Lombroso y Du Camp, y Max Simón estudiaron las manifestaciones de los dibujos en personas adultas insanas, pero estos primeros escritos enfocaban los dibujos de un modo no científico e incontrolado.

En 1926 Goodenough introduce el método sistemático de evaluación de la inteligencia a través de los dibujos del hombre.

Nolan D. C. Lewis en 1928, afirmó en su trabajo denominado *Una extensión de la Proyección*, que las técnicas gráficas aceleran la psicoterapia, remarcando la ventaja de los dibujos sobre el material onírico.

Rapaport en 1946, expresa que los test gráficos le dan al sujeto la posibilidad de estructurar una realidad desestructurada.

Precker en 1950 ya menciona el HTP como prueba proyectiva, que comenzaba a nacer oficialmente en ese momento.

Machover, (1949) en su estudio con pacientes sordos demostró que en los dibujos de la figura humana, remarcaban u omitían las orejas; y adultos con residuos de polio, remarcaban su tobillo como forma de proyectar su conflictiva orgánica.

Katz en 1951, investigó sobre la proyección de la agresividad en los dibujos de adultos hombres convictos por asalto y/o crimen con un grupo de control, encontrándose que los dibujos del primer grupo tenían trazos remarcados, y había reforzamiento de líneas en zonas del cuerpo capaces de realizar actos de agresión.

Vernier en 1952, sugiere para todas las técnicas proyectivas en maduración al HTP, ya que ha permitido el ordenamiento de estudios sobre la confiabilidad, validez, normas y análisis de los diferentes factores o sucesos sobre la ejecución.

En 1952 Dorken manifestó que la evaluación psicológica de los gráficos es la primera técnica proyectiva.

Fisher y Fisher (1952) realizó un estudio sobre el rol sexual y el auto concepto y comprobó que los pacientes no solo proyectaban los aspectos físicos sino también los psicológicos.

Cris, en 1952, señaló que el dibujar es ubicar una experiencia interna en el mundo externo y es un mecanismo de proyección.

En 1953 Kotkov y Goodman destacaron una premisa básica que es: en los dibujos se proyecta la propia imagen corporal. Ellos compararon los trabajos realizados por mujeres obesas con los de un grupo de control constituido por

mujeres delgadas, y observaron que en el grupo de las obesas los diseños eran más grandes o anchos que en el grupo de control.

Gunzburg, en 1955, describió una correlación entre el diagnóstico de patologías hechas sobre la base de dibujos proyectivos y la opinión psiquiátrica sobre los examinados, una serie de ochenta dibujos, encontró una correlación positiva entre los diagnósticos de patologías o no patologías, y los diagnósticos basados en el cuadro clínico.

En 1955 Meyer, Brown y Levine llevaron a cabo un estudio sobre casos quirúrgicos: administraron HTP antes y después de las operaciones, comprobando que todo se reflejaba en los dibujos, y observaron que el área operada, quedaba marcada, ya sea por un sombreado excesivo, por borraduras, por líneas temblorosas, o por ausencia. Además, la pérdida de un miembro o de un órgano del cuerpo se proyectaba en el mismo lado de la figura dibujada. De igual forma indicaron que los dibujos preoperatorios mostraban más rasgos regresivos que los que esperaban ser operados.

También se encontraron en muchos de éstos casos indicios de un sorprendente cambio de la depresión a la alegría. Las monótonas figuras monocromáticas de los estados pre-operatorios se reemplazaban en los re-test post-operatorios por figuras coloreadas. Se agregaban para alegrar la casa flores y grandes ventanas abiertas. Como contraparte de las chimeneas sin humo que aparecían en los dibujos pre-operatorios, luego se dibujaba humo saliendo de sólidas chimeneas, con la implicación de calor y comodidad.

Cleveland y Fisher en 1955, comprobaron la hipótesis de la proyección de la imagen corporal en los dibujos con un grupo de pacientes que padecían artritis y otro grupo con úlcera péptica.

En 1969 Hammer fue el autor, entre otros, con una vasta experiencia en el tema por lo que, se resumirán sus observaciones a una escueta descripción: a)- paciente operado del brazo izquierdo dibuja un árbol cuyas ramas izquierdas están rotas o serruchadas y una persona con el brazo izquierdo debilitado o inutilizado, o defensivamente oculto por detrás de la espalda, marcando las características de autorretrato que poseen los dibujos proyectivos. b) investigó el simbolismo sexual

en el test proyectivo gráfico HTP comparó los dibujos de los sujetos sometidos a esterilización eugenésica con los de un grupo de control y encontró un alto índice de simbolización genital y de sentimientos de castración. En otros casos, observó que los objetos alargados como chimeneas, ramas, troncos de árbol, brazos, narices, piernas, pies, entre otros, pueden emplearse como símbolos fálicos.

Rodolfo en 1999 explica al dibujo como una expresión de la experiencia corporal y afectiva. Afirma que, primero se dibuja y después se escribe.

Como se puede apreciar hay un trabajo creciente de verificación y fundamentación sobre técnicas gráficas de más de treinta años, en lo que se refiere a su aplicación a la clínica en pacientes adultos, a los que se deberá sumar la vasta experiencia de los autores que trabajaron en los dibujos infantiles como son: Bender, L; Boutonier, J; Siquier – Ocampo; Wolff, Pacheco Assis Griffiths, Battista, Ampudia y Trull; entre otros.

### 1.5 Las Técnicas Gráficas

Si bien se podría realizar una reseña histórica de las mismas; interesa más, dejar aclarado algunos conceptos que servirán para analizar el caso que se presenta.

Dibujo: “Representación unidimensional, por medio de líneas, sombras o colores, de algún objeto natural o imaginado. Lenguaje gráfico universal, utilizado por la humanidad para transmitir sus ideas, proyectos, recuerdos, deseos, experiencias, entre otros.” (Warren, 1970, p. 91)

#### 1.5.1 Técnicas Proyectivas Gráficas:

*Son procedimientos por lo general no verbales, que permiten observar comportamientos de una persona por medio de la observación de una conducta, en respuesta a una situación que no la presupone ni la exige; es decir, es un modo característico de lograr un fin determinado mediante una actividad manual o corporal de otra índole, especializada, distinta a una mera verbalización. (González, 1978, p.12).*

Teniendo en cuenta este concepto, la entrevista, la sesión de juego, o el dibujo libre (enfermedad y salud) se puede considerar técnicas proyectivas.

1.5.1.1 Test Proyectivo: “Es una situación relativamente no estructurada aunque estándar, a la que un sujeto debe responder con tan poca restricción como sea posible en su forma de respuesta”. (Ibid. 58). Requiere de la presencia de un

estímulo ambiguo –a excepción de algunos test proyectivos temáticos- aunque fijos, y de un tipo de respuesta que está determinada tanto por la realidad interna del sujeto como por el estímulo mismo.

Como característica metodológica el test proyectivo precisa de: un material estandarizado (en cuanto a la consigna, procedimiento y obtención de datos) y una forma de presentación y consigna tipificados.

Fernández-Ballesteros (1983) sustituye la palabra test por técnicas y las divide en:

A- Estructurales, ejemplo el test de Rorschach

B- Temáticas, ejemplo: TAT, CAT

C- Expresivas: se pide al sujeto que realice un dibujo, ejemplo HTP, Figura Humana, Familia

D- Constructivas, como ejemplo la sesión de hora de juego diagnóstica

E- Asociativa, ejemplo el test de Asociación de Palabras de Jung.

Para explicar el caso que se expondrá en este informe es necesario que se definan algunos conceptos para ser precisos.

Proyección: “Tendencia o actos de adscribir al mundo externo procesos psíquicos reprimidos. Es decir, el sujeto contempla la realidad en función de experiencias adquiridas en el pasado y de sus características internas y las traspassa a un objeto o persona.” (Warren, 1970, p. 279)

HTP: “*Los dibujos de la casa, del árbol y de la persona (el Test de HTP) consisten en la posibilidad de observar la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su ambiente; qué cosas considera importantes, cuáles destaca y cuales desecha. La casa, el árbol y la persona son conceptos de gran potencia simbólica que se saturan de las experiencias emocionales e ideacionales ligadas al desarrollo de la personalidad, las que luego se proyectan cuando esos conceptos son dibujados*”. (Hammer, 1969, p.115)

Las técnicas graficas, fueron largamente estudiadas durante años con un dudoso desarrollo al comienzo, y con un crecimiento directo y pujante, después.

#### 1.5.1.1.1 Validez

Diversos autores como Spoerl en 1940, Wachner en 1946, Hammer en 1953 y Gunzburg en 1955, publicaron estudios orientados a dar validez, objetivación y credibilidad a las técnicas gráficas. Específicamente correlacionaron la información generada a partir de los dibujos, con la información de los sujetos obtenida a

través de la anamnesis clínica, de la entrevista, y de los cuestionarios de personalidad que se manejaban en ese momento; utilizando la teoría dinámica.

#### 1.5.1.1.2 Normas

Hay tres normas para la validez interpretativa gráfica que son muy importantes a la hora del análisis de los dibujos; ellas son: a) Antes de usarlas se debe tener un conocimiento profundo del paciente. Siempre deben ser aplicadas después de una anamnesis clínica, b) jamás se deben analizar por separado, como únicas sino, incluidas en un proceso y por último, al usarlas no se debe confundir dibujo, pintura, trazos, líneas y colores. Este equívoco es permanente, pero a los fines de éste trabajo se dejará de lado la pintura como tal, como por ejemplo la dactilopintura o el uso de color en forma directa.

Al decir de Boutonier (1980):

*"Trataremos, por lo tanto, de evitar en lo posible hablar de la pintura hecha de primer intento sin diseños de contornos internos. El dibujo realizado con lápiz negro y sin color, interesa sin embargo de manera preponderante a los psicólogos, puesto que la mayoría de los test basados en el dibujo se presentan o ejecutan de esta forma "(p.11).*

Atento a lo expuesto, el dibujar representa una actividad totalmente espontánea y a su vez ambigua, que si bien va acompañada de una consigna: *dibuje una casa, dibuje un árbol*, etc., el terapeuta no sugiere que tipo de casa, árbol o persona, por lo cual esto queda librado a la creatividad y organización interna del sujeto.

El sustrato teórico de la técnica del dibujo es pues, el de las teorías dinámicas de la personalidad; es decir, las inferencias efectivas a partir de los dibujos proyectivos dentro del proceso terapéutico. No solo están limitadas por la formación de conocimientos y experiencia que el psicooncólogo tiene como herramienta clínica, sino también por los conocimientos de los principios psicodinámicos: formación de síntomas, defensas, asociación libre. El material aportado por el psicoanálisis en el estudio del inconsciente colectivo: los arquetipos junguianos, como así también, el estudio de los mitos culturales. Los detalles mecánicos de la interpretación gráfica nunca se pueden sustituir al conocimiento de la dinámica de la personalidad, de los síndromes clínicos, de una comprensión del paciente y de una buena alianza terapéutica.

#### 1.5.1.1.3 Test del HTP

Los test gráficos más conocidos y aplicados son: El *Dibujo de la Figura Humana* (DFH), el de la *Casa, Árbol, Persona* (HTP) y el de la *Familia* (TF).

El segundo grupo de técnicas gráficas es el HTP de Buck (1948).

Esta prueba permite indagar mediante la proyección, la imagen interna que el examinado tiene de sí mismo y de su entorno; a su vez, revela qué elementos son considerados importantes para el sujeto, y cuáles destaca o rechaza. *La Casa, el Árbol y la Persona* poseen gran capacidad simbólica; sus ítems se pueden considerar familiares puesto que, estimulan áreas profundas de la personalidad asociadas al desarrollo, y suelen estar cargadas de experiencias emocionales e ideacionales.

En definitiva, el sujeto, mediante su acción gráfica, tiende a concretar el dibujo evocado por la consigna.

La *Casa*: favorece las asociaciones de la vida familiar y las relaciones interpersonales con los padres, hermanos, hijos, o parientes que viven en la misma propiedad. También, simboliza la imagen del self. (Hammer, 1969).

El *Árbol*: evoca la imagen más inconsciente de sí mismo y traduce los sentimientos más profundos y duraderos que el sujeto tiene de sí. Por ello, constituye el gráfico más consistente en los retests. Al suscitar menos peligro y, en consecuencia, menor actitud defensiva, permite que el sujeto pueda expresar con mayor libertad sus conflictos sin darse cuenta de sus proyecciones. (Koch, 1949).

La *Persona*: es el gráfico que se asocia más directamente con el Yo y su relación con el entorno. Refleja la autoimagen del sujeto más cercana a la conciencia y los aspectos menos profundos de la personalidad. Los examinados pueden proyectar en el gráfico, su capacidad o dificultad para relacionarse con los demás, los sentimientos que experimentan hacia el entorno, así como los recursos utilizados para lograr o rechazar dicha interacción. En efecto, se puede representar un autorretrato, un Yo ideal, incluso una persona significativa y valorada por el sujeto.

#### 1.5.1.1.4 Procedimiento, Consigna e Interrogatorio

Previamente a la aplicación de la prueba, se deben tener en cuenta una serie de condiciones externas: mobiliario cómodo, luz suficiente, aislamiento, etc. a fin de

favorecer la proyección del mundo interno en cuyo desarrollo va a ser importante la actitud del terapeuta, las características psicológicas del sujeto y el tipo de relación interpersonal entre ambos.

Consigna: *dibuje una casa, lo mejor que usted pueda, como prefiera, se le permite borrar y, dispone del tiempo que necesite. Cuando termine por favor avíseme.*

En primer lugar, se le pide que dibuje la Casa, luego el Árbol y, al terminar éste, la Persona.

Esta consigna puede afectar de diferente forma y provocar en el paciente un gran número de reacciones que pueden reflejarse en el dibujo, mostrando sus actitudes y su comportamiento. Puede provocar desde una actitud de férrea defensa, cierta reticencia a colaborar en la tarea indicada, disculpas por la dificultad para emprender la tarea, hasta una actitud de sumisa y afable cooperación.

#### Interrogatorio

Se realiza a posteriori de la realización de los dibujos, se coloca frente al paciente el dibujo que acaba de realizar, a fin que observe el gráfico, mientras responde a determinadas preguntas:

Casa: ¿De qué está hecha?, ¿Es su propia casa?, mientras dibujaba la casa, ¿en quién pensaba?, ¿Está deshabitada o vive alguien?, ¿Está en la ciudad o en el campo?, ¿Tiene vecinos o alguien vive cerca? ¿Cuántos años tienen?

Árbol: ¿Qué árbol es?, ¿Qué edad tiene?, ¿Este árbol está vivo?, ¿Alguna parte del árbol está muerta? Usted dibujó uno, pero ¿este árbol está solo o con un grupo de árboles?

Persona: ¿Puede ponerle nombre? ¿Edad? ¿En quien pensaba mientras dibujaba?

El interrogatorio puede ser más extenso, está en relación directa con las dudas que el terapeuta tenga y que pretende indagar.

Al igual que el HTP los dibujos de Enfermedad y Salud cumplen con los siguientes requisitos:

Consigna: realice un dibujo que represente su enfermedad. Realice un dibujo que represente la salud. Tiene permitido borrar y, dispone del tiempo que necesite. Al terminar el primer dibujo, se le solicita el siguiente.

### 1.6 Utilidad de los dibujos dentro del proceso terapéutico

No existen antecedentes de estas técnicas gráficas como recurso terapéutico. Para la autora de este trabajo, el ponerlo en práctica surge como iniciativa propia, frente a pacientes que a partir del cáncer sufren secuelas en su voz.

Todo esto se afirmó en el Post Grado de Psico-Oncología de la UCES cuya directora, la Dra. María Bosnic, estimuló inquietudes sobre esta herramienta, mostrando su experiencia clínica, transformando lo que parecía una utopía en confianza para su aplicación.

Su utilidad se debe a que:

- Los dibujos son un instrumento no verbal que permiten al paciente expresar libremente sentimientos y preocupaciones.
- Pueden ser aplicados a todo paciente oncológico, de cualquier edad, siempre y cuando no posean impedimentos en sus manos y ojos.
- Les permite asociar fácilmente con algún momento de su vida anterior, otorgándole seguridad.
- Son simples y poseen economía en tiempo y esfuerzo.
- A través de la secuencia de los dibujos se puede apreciar si el paciente logra modificar conductas distorsionadas o no, lo que destaca una actitud pronostica.
- El tiempo total de las respuestas del interrogatorio es corto.
- Son instrumentos de apreciación rápida por un clínico con experiencia.
- Son conceptos simbólicamente muy fértiles en términos de significación.
- Tienen la ventaja que al no ser un instrumento verbal poseen mayor confiabilidad y son menos susceptibles de controlar por el paciente a nivel intelectual y consciente.
- Cada dibujo ofrece el análisis de temas específicos que dependerán de la historia personal de cada paciente.

En la práctica particular, se conciben ciertos requerimientos de estandarización, a efectos que en un futuro se puedan obtener mayores conclusiones: por ejemplo,

siempre se les piden a los pacientes los mismos temas y consignas en el mismo orden: enfermedad, salud, casa, árbol y persona; se utiliza el mismo tamaño de papel, se le ofrece una hoja por vez y con un material estandarizados: lápiz negro del número dos, goma de borrar y doce lápices de color para lo cromático.

El dibujo de la enfermedad y la salud es una expresión completamente libre. En cuanto a la Casa, el Árbol y la Persona, el orden siempre es el mismo. Esto permite una introducción gradual a la tarea gráfica conduciendo al paciente a entidades psicológicamente de mayor dificultad en la ejecución.

La consigna es amplia lo que permite la proyección: las respuestas surgen del interior del paciente

### 1.7 Interpretación de los aspectos estructurales y de contenidos

La interpretación de un gráfico puede llevarse a cabo mediante procedimientos estructurales y de contenidos.

#### 1.7.1 Aspectos estructurales

La fase estructural o expresiva del dibujo comprende, según Buck y Hammer (1997), las siguientes categorías: a)secuencia de elaboración del dibujo, b) tamaño, c) presión, trazo y calidad de la línea, d)emplazamiento en la hoja de papel, e)color, f) movimiento, g) simetría, perspectiva, h) sombreado, borrado, omisiones y detalles.

El análisis de estos aspectos, sumado al registro de las conductas verbales, expresivas y motoras del sujeto ante el contenido del relato aportan indicadores que se deberán tener en cuenta, tanto para los dibujos de la enfermedad como de la salud, y del HTP.

- Secuencia de elaboración del dibujo

El análisis de la secuencia permite conocer no sólo el inicio y recorrido seguido por el sujeto en la elaboración del dibujo, sino también el desenlace entre sus impulsos y su adaptación a la realidad gráfica, pudiendo comparar cada parte de la figura representada con su totalidad y cada figura elaborada con los restantes dibujos obtenidos. Además, permite entre otras cosas, conocer la primera reacción del sujeto ante una situación nueva.

- Tamaño

El tamaño es un indicador del grado de autoestima, expansividad, fantasías de omnipotencia y adecuación a la realidad. Hay que tener en cuenta los siguientes criterios: 1) un dibujo se considera *normal* si abarca los 2/3 de la hoja de papel, 2) los dibujos *muy grandes* que llegan hasta los bordes de la página (tamaño superior a los 2/3 de la hoja) indican: sentimientos de omnipotencia, expansividad, constricción ambiental. Van acompañados de fantasías compensatorias de frustración o agresión (hipótesis de Buck y Hammer). 3) los *dibujos pequeños* (inferior a 1/3 de la hoja) se observan en personas con sentimientos de inadecuación, puede indicar tendencia al retraimiento, sentimientos de inferioridad y/o autocontrol.

- Presión, trazo y calidad de la línea

La presión del lápiz sobre el papel es un indicador del nivel energético del sujeto. - Poca presión (líneas suaves, débiles): identifica a personas depresivas o desubicadas, constreñidas, con un bajo nivel energético. – Presión y trazo fuertes (indicadores de asertividad): se observa en epilépticos, psicópatas y personas muy tensas. Un trazo fuerte, recio, indica para Corman (1971) fuertes pulsiones, audacia, violencia, cuyo exceso indicaría la presencia de desequilibrio emocional.

En cuanto al estilo de trazo puede obtenerse: Trazos largos: en personas que controlan su conducta, trazos cortos: como indicador de comportamientos más impulsivos, trazos rectos: se observan en personas autoafirmativas, agresivas, circulares: Utilizado por personas más dependientes y emotivas, líneas redondeadas: traduce características más femeninas, líneas dentadas: se relaciona con hostilidad, líneas quebradas (indecisas) fragmentadas: traducen inseguridad y ansiedad, timidez, poca confianza en sí mismos, trazo compuesto de pequeños trazos: expresa inhibición o repliegue psíquico (Corman, 1971).

- Emplazamiento en la hoja de papel

El emplazamiento de un dibujo muestra determinados rasgos del sujeto.

La hoja de papel representa la realidad y de acuerdo a como la utiliza se puede inferir como el paciente maneja el mundo interno y externo.

Emplazamiento: la parte superior de la hoja indica predominio de la fantasía y tendencia al optimismo; la parte media: al cuerpo y la inferior: refleja inseguridad, inadaptación y búsqueda de lo concreto, refleja impulsividad.

Los dibujos, ubicados en la base del papel, expresan necesidad de apoyo, falta de seguridad.

La parte izquierda representa la madre, lo afectivo, preocupación por el pasado, con tendencia a la introversión y al aislamiento. El lado derecho: el padre, preocupación por el futuro y su entorno inmediato, mundo externo y tendencia a la extroversión. Los dibujos centrados en la parte media: señalan el presente, conductas auto dirigidas, constituye un indicador de confianza y seguridad de sí mismo. La inferior son personalidades orientadas hacia la realidad, poseen sentimientos de inseguridad e inadaptación al medio, necesidad de sostén, temor a actuar solo. Cuando utiliza muchas hojas, es un sujeto que necesita controlar, invadir el mundo, a los demás y, esto habla de un yo muy disociado, disgregado y proyectado al mundo externo al que necesita controlar. (González, 1978)

- El color

Heller (2005) dice que el color muestra por excelencia las emociones y niveles de la personalidad más profunda del hombre, también donde se ubican las defensas menos estructuradas, y visualiza los traumas y miedos. Será representativo su significado de acuerdo a donde pinta y qué color usa, porque mostrará el área más cargada de emoción.

Si el color está reforzado más de lo normal, sugiere ansiedad y desconfianza. Si son estridentes o demasiado claros, casi imperceptibles, indican desorganización emocional. Los colores oscuros indican inhibición de las emociones y de las relaciones afectivas.

Los efectos de los colores no son innatos, pero como se conocen desde la infancia al igual que el lenguaje, los significados quedan interiorizados en la edad adulta y parecen innatos. (Heller, 2005)

Para interpretar el color en los dibujos se debe corroborar permanentemente con la historia vital del sujeto.

- Movimiento

Es poco frecuente en adultos, es un ítem que se da en niños, porque sugiere mucha actividad, puesto que los chicos sienten fuertes impulsos hacia la actividad motora.

- Simetría y perspectiva

Correlaciona con sentimientos de seguridad – inseguridad. Cuando es adecuada constituye un indicador del sentido de la proporcionalidad y del funcionamiento del sujeto a su contexto. La falta de simetría representa inadecuación de sentimientos de seguridad al expresar afecto. La simetría acentuada produce sensación de rigidez, control emocional de tipo obsesivo – compulsivo, regresión.

La perspectiva muestra la forma y disposición con que se representan los dibujos gráficos en el papel. Contempla las relaciones espacio-temporales de los diversos elementos del dibujo que, a su vez, pueden representar, tanto la percepción como las relaciones que establece el sujeto con sus objetos.

Hammer (1997) diferencia, al referirse a la perspectiva de un gráfico, entre la “visión de ojo de pájaro” (en la que el observador mira desde arriba) y la “visión de ojo de gusano” (por la que el observador mira hacia arriba, viendo las cosas desde abajo).

- Sombreado, borrado, omisiones

El sombreado puede constituir un indicador de ansiedad que se materializa en determinadas áreas del dibujo que son tratadas de diferente forma en relación al resto del gráfico. Tanto las omisiones como el sombreado son indicadores de conflicto en ocasiones muy bien señaladas, en función del grosor, la intensidad, o el tamaño del área sombreada. Borrar una parte o un área determinada del dibujo podría relacionarse con experiencias y sentimientos de desagrado, que el sujeto pretende anular o eliminar del recuerdo. Normalmente se trata de actitudes o representaciones corporales experimentadas como conflictivas y que, al ser borradas, el sujeto pretende rehacer o crear de nuevo. Borrar numerosas veces puede reflejar: incertidumbre, indecisión, auto insatisfacción.

- Detalles

Incluir detalles en un dibujo no sólo aporta información sobre el conocimiento y preocupación del sujeto por determinados elementos de la vida diaria y de su ambiente, sino que en función del orden de aparición, número de detalles y énfasis al dibujarlos, puede obtenerse información complementaria sobre las necesidades, fantasías y carencias del sujeto.

Los arboles: significan las figuras parentales, el sol: calidez en las relaciones afectivas, las montañas: significan la madre. Con nieve: madre fría, distante; estanques: significa regresión. Los detalles pueden ser adecuados, puede haber ausencia de ellos o ser excesivos.

Todos estos indicadores deben tener el respaldo de un alto conocimiento del paciente, ya que muchos errores de interpretación obedecen al desconocimiento de la historia vital del mismo.

#### 1.7.2 Fase de Contenido

La fase de contenido pone de manifiesto los aspectos más inconscientes del sujeto. A su vez refleja las diferentes y posibles relaciones entre el examinado y los objetos representados y su significado simbólico, lo que facilita conocer al paciente.

En referencia a los dibujos de Enfermedad y Salud depende del gráfico realizado y se analiza con los ítems de las técnicas gráficas. Se ha observado a lo largo de los años y en general que, el dibujo que representa la enfermedad es acromático, de alto simbolismo y de una proyección fiel a la conflictiva emocional que trae aparejado el cáncer y/o sus tratamientos, mientras que el que representa la salud, es cromático y son dibujos que demuestran tranquilidad y relajación.

En resumen, para realizar el análisis del HTP se debe tener en cuenta los ítems expuestos en el punto anterior.

#### 1.8 Ítems de la “Casa”

- Secuencia: paredes, techo, puerta, ventanas, chimenea, humo, línea de suelo, perspectiva, detalles o accesorios y color.
- Las paredes: representan el grado de fortaleza de la personalidad.

Dibujadas con trazo medio, ni reforzadas ni débiles, grosor adecuado al resto del dibujo: fortaleza dentro de los parámetros esperables.

Muy reforzadas: sentimientos de inseguridad que se intenta compensar con un excesivo autocontrol.

Muy débiles: desvalorización, inseguridad, dificultad para el logro de los objetivos personales.

Paredes derrumbándose: para Hammer (1997) significan desintegración del yo y cuando los trazos son muy débiles es una aceptación pasiva de la enfermedad. En caso de refuerzo hay un derrumbe del yo pero con una actitud más activa.

- El techo: simboliza el área de la fantasía y de la vida mental, refleja el grado en que la persona busca satisfacción en ella. Si es proporcionado al tamaño de la casa, posee un adecuado grado de satisfacción en la fantasía, si por el contrario es excesivamente grande, sobresale por los costados de las paredes, son personas absorbidas por la fantasía. Si hay ausencia de techo, representado por una línea el sujeto está orientado a las actividades concretas, falta de creatividad, rigidez y rechazo a lo intelectual. Reforzado, indicará control de la actividad mental.

Con tejas: significa control obsesivo del pensamiento.

Con tachones: significa negación.

De paja: significa sentimientos de pobreza. Puede ser depresivo y regresivo.

- Puertas: muestra la capacidad para contactarse con el ambiente. Proporcionada al tamaño de la casa: contacto adecuado con el medio ambiente.

Pequeña: limitación para establecer contactos con el ambiente. Dificultad para entablar relaciones interpersonales. Inhibición social. Aislamiento.

Inaccesible, ubicada por encima de la línea de base o detrás de algún objeto que impide su acceso: indica una marcada restricción para establecer relaciones interpersonales. Se trata de personas que tienden a realizar contactos con el ambiente solamente en sus propios términos.

Muy grande: característica relacionada con personas excesivamente dependientes, que necesitan sentirse reconocidas y aceptadas por los demás.

Abiertas: desprotección. Necesidad de afecto y aceptación.

Acentuación de cerraduras, notablemente remarcadas o grandes: indica un alto grado de sensibilidad frente a las opiniones de los demás. Personalidades muy prevenidas, que se encuentran siempre a la defensiva. Temerosos. Sensibilidad paranoide.

- Ventanas: representan un medio secundario de relación e intercambio con el ambiente.

Abiertas, de tamaño proporcionado al resto del dibujo: contacto adecuado con el medio ambiente. Capacidad para relacionarse.

Cerradas, con cortinas o rejas: personalidades solitarias. Necesidad de aislamiento. Reticencia a interactuar con los demás. Tendencia a comportarse de forma descortés. Demuestra contactos agresivos, fríos, ansiosos.

Con cortinas o persianas parcialmente abiertas: tacto social. Personas que tienden a actuar con el ambiente en forma controlada.

Varias, de tamaño desparejo: necesidades emocionales que presionan por ser satisfechas.

Varias, ubicadas en distintas paredes pero que no mantienen el mismo nivel de altura: falta de adecuación a los problemas. Dificultades organizativas y formales.

- Chimenea y Humo: elementos fálicos. La chimenea dibujada en la izquierda significa la vivencia interna de lo fálico; dibujada en la derecha, significa cómo lo actúa.

Da una idea del clima familiar que vive la persona y del grado de satisfacción personal que logra en relación con sus vínculos cercanos.

Adecuado al resto del dibujo, sin resultar particularmente llamativo: no hay evidencia de conflictos significativos.

Humo denso, que sale profusamente de la casa: considerable tensión interna del individuo. Posibles conflictos familiares.

Desviado hacia un lado como si hubiera un viento fuerte: sensación de estar sometido a una inapropiada o excesiva presión externa.

Color del humo: negro agresión en el dar. Muy denso: tensión interna.

- Perspectiva: da una idea de cómo se ubica la persona frente a los demás.

Dibujo ubicado en el mismo plano la persona que lo mira: capacidad para relacionarse en un plano de igualdad con los demás.

Dibujo distante, casa lejana ó pérdida en el paisaje: personalidad solitaria. Incomodidad en los vínculos cercanos.

Casa vista de perfil ó desde atrás sin ver el frente: tendencias opositoras.

Distancia en las relaciones interpersonales.

- Línea de suelo: grado de contacto con la realidad.

Firme, claramente definida, bien ubicada: realidad práctica.

Dibujo en el aire, como volando o cayendo: tendencia a distanciarse de la realidad.

Dificultad para relacionarse con las personas.

Agregados de personas, arbustos, flores, pájaros, autos, u otros elementos: falta de seguridad.

- Caminos: es la fantasía de cómo se vive el elemento fálico. Superficialidad, control, distancia prudencial y/o tacto en las relaciones. Con lajas: significa disociación, rigidez, impotencia. Adornado con flores: es adornar la sexualidad, para mostrarlo; es histérico.

Adornado con pastito: significa agresión encubierta puesta en lo sexual.

Camino cortado por un cerco: significa necesidad de poner barreras defensivas porque su vivencia sexual le resulta insoluble.

Camino blanco o sin pintar: anulación de lo sexual, de lo pulsional.

Camino tortuoso y largo: indica que hay dificultades para relacionarse.

Agregado de cercos: tendencia al aislamiento. Inseguridad y temor al contacto social.

- Color: mide el grado de las emociones siguiendo la graduación de la intensidad del color. Rojo: agresión; Naranja y rosa: atenuación de la agresión. Bordo y negro: agresión masiva. Negro: duelos no elaborados o en elaboración; Amarillo: desvitalización es un color típico de los esquizoides, también significa sentimientos de extrañeza y desprecio de sí mismo. Verde: fantasía; Violeta: pensamientos o sentimientos depresivos; Azul/celeste: regresión a situaciones infantiles; Blanco dificultad en sentir emociones, desafectivización Marrón: psicológicamente se asocia casi

siempre a lo negativos: lo feo, lo sucio, lo desagradable. Junto al negro es el color de lo malo. Es el color de lo marchito y de lo áspero.

De acuerdo al color que elige y qué pinta con él, se analiza, corroborando permanentemente con todas las pruebas, más la entrevista.

### 1.9 Ítems del "Árbol"

- Secuencia: tronco, ramas, copa, raíces, frutos.
- El tronco: representa la sensación de fortaleza o poder que tiene la persona.

Proporcionado, derecho, ubicado, sin marcas exageradas: sensación de fuerza adecuada.

Notablemente inclinado hacia la derecha: se interpreta como debilidad. Deseos de parecerse a su padre.

Notablemente inclinado hacia la izquierda: indica dificultades de adaptación.

Si no está unido a la tierra y da la sensación de flotar: puede interpretarse como un alejamiento del sentido de la realidad.

Tronco dibujado con una línea sola: indicará un posible trastorno afectivo. Sensación de impotencia, de falta de fuerzas.

Cicatrices, hendiduras o nudos: representan traumas emocionales. Huellas de experiencias tempranas. Fracazos.

Tronco ensanchado en la base: indica una búsqueda de posición en su medio.

Marcas en el tronco: agujeros, heridas o cicatrices en el tronco indican situaciones traumáticas vividas que pueden ser del presente o del pasado.

- Las ramas: representan los recursos de que dispone el sujeto para obtener satisfacciones del medio, su necesidad de relacionarse.

Proporcionadas, armónicas, uniformemente distribuidas: capacidad de adaptación al mundo exterior.

Con forma de tubo. Abiertas en sus extremos: puede indicar impulsividad o falta de voluntad.

En forma de sable: carácter violento.

Las ramas hacia la izquierda: señalan un espíritu conservador. Detenimiento en el pasado, en las experiencias infantiles. Retraimiento.

Hacia la derecha: capacidad de adaptación. Esfuerzo, preocupación por la eficacia. Realización de deseos. Búsqueda de relaciones positivas.

Ramas desnudas, sin follaje: señalan sensibilidad crítica.

Ramas estilizadas, sin volumen, dibujadas con una línea sola: podría expresar carencias afectivas. Frustración.

Ramas cortas o aserradas: sentimiento de inferioridad. Dificultades en la relación con las personas. Experiencias conflictivas cercanas al momento actual.

- La copa: forma la zona de contacto con el ambiente, la zona de relación e intercambio.

En forma de nube vacía: denota falta de imaginación o de interés. Inhibición. Dificultad para expresar opiniones opuestas a los demás.

Caída hacia ambos lados, estilo "sauce llorón": tendencias depresivas. Falta de ánimo. Abatimiento.

Aplastada, extendida a lo ancho: resignación, rechazo de la fantasía.

Frutas, pajaritos o adornos en la copa: personalidad infantil que necesita la aprobación de los demás. Preocupación por las apariencias.

Líneas cortadas, en punta o garabateadas: personalidad impulsiva, con tendencia a los cambios.

- Raíces: las raíces no se ven, por lo general son los niños los que las dibujan. Dibujarlas puede representar inquietud o curiosidad por conocer lo oculto o lo que permanece en secreto.

Raíces más pequeñas que el tronco: indica que desea ver lo oculto para él.

Raíces son más grandes que el tronco: indica curiosidad que le provocan angustia.

Raíces de un solo trazo: indica comportamiento infantil.

- Frutos: es frecuente en niños y adolescentes y está vinculado al desarrollo natural de crecer y madurar.

#### 1.10 Ítems de la "Persona"

- Secuencia: la tendencia a dibujar la figura humana del mismo sexo constituye un indicador de la adecuada identificación psicosexual. El dibujo

se inicia por la cabeza y rasgos de la cara, cuello, tronco, brazos y manos, piernas y pies.

Son indicadores llamativos: empezar el dibujo por los pies; la rigidez de la figura, eliminación de algún rasgo esencial, ubicación inadecuada de los miembros superiores o inferiores al tronco, énfasis, repaso o deterioro de algún área.

Si la figura muestra movimiento, como caminar ó realizar alguna actividad: índice de energía, inteligencia, potencial de desarrollo.

Si la figura aparece inmóvil, con rigidez y acentuación de la dureza: remite a la presencia de conflictos sobre los que se ejerce un excesivo control. Sensación de amenaza. Tensión interna. Pocas posibilidades de acción.

Con falta de tensión kinestésica, figuras sentadas, apoyadas, etc.: bajo nivel de energía. Agotamiento emocional. Persona que privilegia la tranquilidad, que "no se juega" o que se siente imposibilitada de actuar.

Si la figura indica extrema movilidad: los dibujos que sugieren excesiva acción, indican la presencia de fuertes impulsos para la actividad motora. Característicos de personas muy inquietas, ansiosas o excesivamente fantasiosas, con mayor tendencia a actuar que a permanecer como espectadores. Cabeza: centro del control intelectual.

Proporcionada a la figura completa: adecuado control intelectual.

Grande y/o marcada: auto exigencia. Tendencia a la introspección. Refugio en la fantasía. Privilegio de las actividades intelectuales.

Pequeña y/o poco clara: retraimiento y timidez. Desvalorización. Inadecuado control de los impulsos.

- Rostro: es la parte más expresiva del cuerpo. Los ojos, constituyen junto con los brazos, los elementos esenciales de la relación interpersonal. Ojos vacíos, sin pupila: inmadurez emocional. Egocentrismo.

Ojos muy marcados: tendencias paranoides.

Boca: zona vinculada a la comunicación verbal. Si consta de una línea indica agresividad verbal. La presencia de dientes confirmaría dicha actitud agresiva.

Nariz: es un símbolo fálico, relacionado con el deseo de virilidad.

Agregado de barba y bigotes: tendencia a no mostrarse tal como es.

- Cuello: índice del control que ejerce la persona sobre sus emociones e impulsos.

Adecuado a la figura: equilibrio mente - cuerpo.

Muy largo: conflicto entre lo que piensa y lo que siente. Tendencia a intelectualizar y reprimir las emociones.

Muy corto: obstinación, terquedad. Predominio de lo concreto. Dificultades para otorgar sentido a sus emociones.

- Tronco: correlaciona con necesidades básicas e impulsos no satisfechos.
- Brazos y manos: son las partes del cuerpo que establecen contacto con el exterior, dan y reciben. Hacen cosas, protegen o castigan.

Brazos y manos proporcionadas al resto de la figura, ni apretados al cuerpo ni extendidos hacia afuera con rigidez: capacidad para relacionarse con las personas y los objetos.

Brazos cortos o pequeños, apretados al cuerpo, ocultos, puños cerrados: se interpreta como una limitación en las posibilidades de contactarse con las personas. Pasividad. Sensación de "estar a la defensiva". Agresión reprimida. Retraimiento.

Brazos largos, extendidos hacia fuera con rigidez, manos abiertas y marcadas: indica agresividad dirigida al exterior. Capacidad para establecer contactos distantes con las personas. Disposición a la actividad.

- Manos: constituyen un indicador no solo del contacto y la relación social, sino también de la manipulación. Depende de que sean muy grandes: torpes en el contacto, pequeñas, ocultas: reticencia, dificultad de contacto o culpa masturbadora, con el puño cerrado dirigido hacia adentro o hacia afuera: agresividad reprimida o amenazante. Dedos y uñas cuidadosamente marcadas: control compulsivo. Dependencia. Inseguridad e indecisión.
- Piernas y pies: responsables de la movilidad, permiten trasladarse para lograr los objetivos. Percepción de las características de la autonomía o dependencia en relación con el medio, según sean largas: búsqueda de la

autonomía, cortas: constricción, encogidas: restricción, separadas: actitud desafiante.

Proporcionadas, sosteniendo adecuadamente al resto de la figura: equilibrio autonomía -dependencia. Contacto con la realidad adecuada.

Los pies se relacionan con la sensación de estabilidad.

- Distorsiones y omisiones: sugieren la presencia de conflictos relacionados con la parte distorsionada u omitida. La gravedad del rasgo es mayor cuanto más grave es la distorsión y se incrementa aún más con la omisión total.

Sombrear o reforzar determinada parte del cuerpo se relaciona también con áreas de preocupación.

Omisiones de brazos y/o manos: serias dificultades en relación con los vínculos.

Omisiones de piernas y/o pies: desgano. Desaliento. Inseguridad. Contacto con la realidad limitado o deteriorado. Incapacidad para actuar, para "llegar donde se propone".

Omisión del torso: inadecuación. Trastorno.

Omisión de cuello: inmadurez, impulsividad y controles internos pobres.

Omisión de ojos: aislamiento social. Rechazo del contacto con el mundo que lo rodea.

Omisión de boca: incapacidad o rechazo a comunicarse con los demás. Fuerte sentimiento de angustia. Inseguridad y retraimiento.

- Dibujo de espaldas: ocultamiento. Personas opositoras o con tendencias depresivas. Intención de pasar desapercibido o de no asumir compromisos.

Asimetría entre los dos brazos y/o entre las dos piernas: dificultades de coordinación. Impulsividad. Descontrol.

- Dibujo de monstruos o figuras grotescas: refleja intensos sentimientos de inadecuación y pobre concepto de sí mismo.
- Vestimenta: brinda indicios acerca de la modalidad de relación e intercambio con los demás.

Adecuada: dentro de los parámetros esperables para la media de la población.

Si se dibuja la persona desnuda, sin ropa: rebeldía contra las normas sociales.  
Conflictos sexuales.

Vestimenta dibujada cuidadosamente y con detalles excesivos: egocentrismo.  
Personalidad infantil.

Corbata, bastón, pipa, otros símbolos fálicos: fantasías y/o conflictos sexuales.

Dibujo de varias personas juntas: necesidad de ser apoyado por otras personas para el logro de sus objetivos.

- Dibujo encerrado entre líneas: inseguridad, bloqueo. Dificultades para asumir situaciones adultas. Necesidad de protección.

Figura inclinada: inestabilidad. Desequilibrio general.

Transparencias: juicio deficiente.

## **2.- PLANTEO DEL PROBLEMA**

¿Los dibujos cromáticos y acromáticos pueden ser una estrategia terapéutica en Psico-Oncología?

El problema se plantea como un interrogante, ya que de ser una afirmación debería contarse con una investigación de tipo cuantitativa – experimental, como así también, una hipótesis de investigación a comprobarse.

## **3.- OBJETIVOS**

### 3.1 Objetivos Generales

- Describir el uso de los dibujos cromáticos y acromáticos como recurso terapéutico en Psico-Oncología.
- Caracterizar y analizar la realización de dibujos cromáticos y acromáticos como herramienta válida para la recuperación de recuerdos, emociones y bloqueos del paciente.
- Aplicar los preceptos de la línea humanista como base de la relación terapéutica.

### 3.2 Objetivos Específicos

- Registrar y señalar la re significación de vivencias a partir de la proyección en los dibujos.
- Evaluar e identificar los beneficios en la calidad de vida a partir de la observación de aspectos subjetivos proyectados en los dibujos.

- Reflexionar acerca de la posibilidad de sentir y ordenar vivencias a través de la expresión gráfica y del encuentro terapéutico bajo la línea humanística
- Evaluar la adherencia al tratamiento.
- Valorar la participación de la familia y de la psicoeducación.
- Lograr cambios de conducta con la aplicación de la filosofía humanística.
- Generar el incentivo de un trabajo estadístico que avale el uso del dibujo como herramienta terapéutica.
- Identificar la conexión entre lo anímico y el color.

#### **4.- ASPECTOS METODOLOGICOS**

##### 4.1 Tipo de trabajo

Se trata de un estudio de caso único, con alcance descriptivo, en el cual se observará, describirá y analizará la variable: el dibujo cromático y acromático como recurso terapéutico.

Se realiza un enfoque cualitativo, por lo cual las conclusiones que se expongan no se pueden generalizar a poblaciones más amplias. Asimismo, se utiliza para el análisis y el desarrollo, la experiencia de muchos casos propios y de la literatura. Finalmente, sin ser experimental, el trabajo intenta abrir un panorama de investigación futura en cuanto a número de casos y seguimiento en el tiempo de los resultados.

##### 4.2 Criterio para la selección de la unidad de análisis

- \* Permite comprobar los objetivos.
- \* Por la cantidad y calidad del material psicoterapéutico.
- \* Es ejemplificador del tema elegido.
- \* Porque las sesiones tuvieron continuidad y aportan claridad en la aplicación del método.
- \* Porque reúne elementos que permiten el desarrollo del estudio.
- \* Porque abre un camino de investigación futura de la aplicación de una nueva herramienta terapéutica.

### 4.3 Técnicas e instrumentos

Análisis de contenido de fragmentos de las sesiones realizadas con el paciente, bajo la línea terapéutica humanística, y del material gráfico (dibujos) solicitado al paciente con los criterios e ítems de las Técnicas Proyectivas Gráficas.

## **5.- PRESENTACION DEL CASO CLINICO**

### 5.1 Encuadre general

A continuación se describe el área de Psico-Oncología del Servicio de Oncología Clínica del *Hospital Público Doctor Enrique Vera Barros*, situado en la ciudad de La Rioja. Actualmente cuenta con 33 servicios equipados para atender a la población tanto de la capital, como del interior. Es único, de complejidad VIII y posee una superficie cubierta de 19.120 m<sup>2</sup> rodeada de espacios verdes conformando parques y jardines poco cuidados.

Dentro de los servicios se encuentra el de Oncología Clínica que dispone de un Hospital de Día con tres sillones, dos consultorios y un área administrativa. No obstante, por la precaria situación de la salud pública en esta provincia sigue sin ser lo más adecuado para la atención del paciente con cáncer; ya que no posee las comodidades suficientes para su cuidado. Carece de sala de espera, su ubicación imposibilita un fácil acceso y una correcta privacidad en la atención, sumado a los desperfectos casi permanentes de los equipos de calefacción y refrigeración que proporcionan ambientes incómodos para trabajar.

El consultorio de Psicooncología funciona dentro del Servicio de Oncología Clínica que a su vez, depende de la Dirección Médica del Hospital. Sin embargo, la misma no provee el material específico para evaluar y realizar los tratamientos, como ocurre en varios lugares del país. Los profesionales aportan su esfuerzo personal para lograr todo lo necesario para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes onco-pediátricos, adultos y familias. Se calcula que aproximadamente el Servicio trata unos 182 pacientes adultos por mes. También, se realiza reuniones con el equipo de profesionales con el objetivo de implementar recursos e instrumentos para mejorar la relación médico-paciente, y grupos de descarga para liberar estados emocionales que dificultan un buen desempeño profesional. Dichas actividades se efectúan con una frecuencia mensual.

El Hospital está situado en la Capital de la Provincia de La Rioja con 331.847 habitantes, de los cuales un 83% es población urbana y un 17% población rural.

Según la Dirección Nacional de Epidemiología (2010):

*Una forma de conocer la cobertura de salud es considerar qué proporción de la población no tiene cobertura de obra social o plan privado, por lo cual su única protección en salud está dada por los hospitales y centros de salud que brinda el estado. Dentro de la Región del NOA, La Rioja registró el menor porcentaje de individuos con cobertura pública únicamente (solo un 40%) (p. 19)*

## 5.2 Filiación y Antecedentes

Nombre: Ramón

Edad: 63 años. Sexo: masculino

Ocupación: jubilado gastronómico.

Estudios: primario completo.

Religión: católico.

Estado Civil: casado.

Edad de la Esposa: 62 años. Ocupación: ama de casa.

Familia: Madre y padre: fallecidos. Hermanos: siete varones mayores que él: fallecidos. Ramón es mellizo con una hermana mujer, quien vive en la ciudad de Córdoba.

Su nivel socio-económico es bajo. Su ingreso de jubilación no alcanza a cubrir los gastos, por lo cual su hija mayor ayuda a sus padres económicamente. Él no cuenta con obra social.

La primogénita está casada, tiene tres hijos de 5, 3 y 1 año y es dueña de una carnicería y despensa. La de 23 años, también casada tiene un hijo de 2 años, es empleada municipal y vive en un barrio distante de su padre.

Ramón vive con su esposa y la hija menor (soltera y estudiante universitaria) en un barrio humilde de la capital, en casa de material, con baño instalado y cloacas.

La construcción de la vivienda está ubicada a los fondos del terreno de su hija mayor, y comparten el patio, que es un espacio verde con árboles grandes que dan sombra y donde Ramón jugaba, antes de enfermarse, con sus nietos. Sus padres y siete hermanos varones fallecieron de problemas cardiacos, solo tiene



Se inicio esquema quimioterápico paliativo con cisplatino + 5 Fluorouracilo, lográndose respuesta por imágenes en forma completa a los 4 meses; por lo que se completaron 6 ciclos de quimioterapia. Posteriormente se consolidó con radioterapia, la que finaliza el día 8 de Marzo de 2006.

El paciente mantiene controles cuatrimestrales, manteniéndose libre de enfermedad hasta la fecha.

### Resumen

Recibe tratamiento concomitante de quimioterapia y radioterapia; necesitando la colocación de una gastrostomía para su alimentación.

Se decide la frecuencia de tratamiento en psicooncología de una vez a la semana, por dos razones: el paciente no presenta urgencia, y además por razones institucionales. No obstante, las primeras tres sesiones se vieron demoradas por problemas del enfermo: neutropenias, anemias, etc.

La estrategia del tratamiento terapéutico es la aplicación de los dibujos, la clave que le permite al paciente visualizar, descargar, tomar conciencia de miedos, tensiones, emociones y preocupaciones.

Se los uso como parte del proceso, como medio de expresión, comunicación, haciendo una lectura simbólica de los mismos, lo que permitió la emergencia de asociaciones.

#### 6.1 Primera Sesión

Luego del saludo y la presentación, se le explica al paciente el secreto profesional de cada uno de los encuentros, dándole la tranquilidad sobre el contenido a tratar en las sesiones y que, si algún familiar quiere preguntar sobre él, se le avisará para que esté presente o pactar previamente que cosas se le puede o no informar. A continuación, se le pregunta lo siguiente:

-¿Cómo anda? ¿Porque lo derivaron a Psicooncología? –“...Y, *no ando nada bien, ya ve, el doctor L. me derivó porque me pongo nervioso...esto de comer por la sonda me pone mal... siento el olor a comida y me encierro, no me dan ganas de sentarme a la mesa con mi mujer, con mi hija, porque deseo todo lo que ellas comen y me da vergüenza chupar y tirar la comida en el plato, para los otros es un asco...ellos dicen que no les importa, pero a mí no me gusta...Disculpe... vea, no*

*puedo tragar ni la saliva*". (Saca de una bolsa opaca un frasquito donde deposita su saliva.) A pesar de su voz ronca, hay que hacer un esfuerzo de concentración para entenderlo, razón por la cual es necesario lograr mayor proximidad física.

Se produce un silencio, su postura es cómoda, su mirada serena y profunda y su lenguaje pausado. "...Además, me escucha? tengo esta ronquera" ... a lo que se le responde: -Sí lo escucho, quédese tranquilo, le entiendo muy bien- ... *"le decía... mi señora, me tiene una paciencia, me licúa la comida, me da de comer...(se ríe)... por la sonda y... yo así. Me alejé de ella en la cama porque pienso que se molesta... me encierro, además sabe como extraño los mates sentados todos en familia bajo la sombra de los árboles"*... -¿Se pone nervioso a la hora de comer o esta todo el día así? Al instante interrumpe: -*"¡no!...yo soy nervioso...siempre fui muy nervioso...Lo que no sé es si tengo algo más por lo que me pongo nervioso"*.... Su tono de voz es autoritario, firme, a pesar de su ronquera da la sensación que quiere convencer de algo que lo tiene incorporado. Luego dice: *"...yo estoy esperando porque el doctor me dijo que he respondido muy bien a la quimio y a los rayos, que a lo mejor en poco tiempo me sacan la sonda"*. (Se refuerza esta esperanza porque es real, tanto el oncólogo clínico como el radioterapeuta, han informado a la profesional.)

Generalmente, se realiza las preguntas de la historia vital después que el paciente hace su descarga de la ansiedad inicial. Luego de responder todas las preguntas que hace a su identificación: vivienda, trabajo, pareja, entre otros; el paciente recibe la siguiente consigna de trabajo: - Mire Ramón en estas sesiones de terapia de apoyo psicooncologico no vamos a resolver un problema concreto, por ejemplos sus nervios, su encierro. Mi función es ayudarlo, a que sea Ramón, aunque esté con cáncer, así puede enfrentar éste problema y los que surjan en un futuro. Usted viene para recibir ayuda si bien, yo no tengo la respuesta a lo que le pasa, pero en este espacio de encuentro lo puedo ayudar a que usted vea sus problemas y juntos busquemos la solución. Hablaremos de cosas lindas, y también dolorosas, y yo estaré para clarificarle lo que le pasa.

*"-Comprendo licenciada, entonces me quiere decir que soy yo el que debe hacer el tratamiento"*... - Y sí, usted vino, más allá que lo derivaron, eligió libremente

venir. – Me parece que no quiere ser la persona que es, nerviosa, vergonzosa, solitaria. Ambos trabajaremos para que usted se sienta bien. Se queda pensativo y dice: - *“Me gusta la idea, nunca pensé que iba a venir a un psicólogo, pero estoy aquí, por algo”*... Como comprendió, se prosigue.

A la pregunta de antecedentes familiares con cáncer, responde: -*“nadie de mi familia tuvo cáncer... mis padres y mis siete hermanos varones, mayores que yo, fallecieron del corazón...de mi familia solo quedamos mi hermana melliza y yo. Nos llevamos muy bien; ella vive en Córdoba y está casada y tiene ocho hijos varones y yo tres mujeres...casi día por medio me llama por teléfono, está preocupada,...como no duermo bien, no descanso, casi todas las noches sueño con mi madre”*.... Se lo percibe relajado, sonriente, de buen humor, aportando todos los datos que voy requiriendo, sin embargo, se lo nota algo incomodo, por su necesidad de salivar. En seguida dice: -*“Que bien me hace hablar con Ud., me siento más aliviado”*. Se tiene la percepción que se siente bien al ser escuchado, aunque su boca llena de saliva hace que, más de una vez, se interrumpa la conversación, no produce ningún rechazo. Se logra empatía. Se finaliza esta primera entrevista, con el contrato de una sesión semanal y con datos de psicoeducación. -Si usted quiere y tiene deseos, se puede sentar a la mesa y chupar la comida. Sostiene con una mano una bolsita y la apoya en las piernas para que no la vean, escondida y allí va tirando los residuos. -*“Uh... que buena idea...como no lo pensé, lo voy a poner en práctica”*. (Responde. Se despiden cordialmente hasta la próxima sesión.)

Reflexiones inmediatas posteriores a la sesión: (Por costumbre antes de llamar al próximo paciente, se reflexiona unos minutos anotando algunas sensaciones, que después permite elaborar las estrategias del tratamiento.) Había que pautar para el próximo encuentro, algunas preguntas para investigar más su motivo de derivación, el sueño con su madre que lo preocupa y su alejamiento sexual. Esto último solo si lo preocupa demasiado; ya que, es común en los pacientes con cáncer, la disminución de la libido. Se tiene la sensación que quedó algo latente. Los médicos y él hablan de ansiedad, nerviosismo y no se lo percibe así, solo al salivar, pero es esperable frente a la dificultad para tragar. Fue una sesión más

bien relajada, con un paciente muy colaborador, a pesar de su dificultad para comunicarse. Cuando dice: que *“se siente aliviado”*, queda la duda: ¿aliviado de qué? ¿Por qué llamó tanto la atención su cambio de voz? Cuando dijo: *“yo soy nervioso, siempre fui muy nervioso, lo que no sé si tengo algo más por lo que me pongo nervioso”*..., se sintió más como un rótulo familiar que, como una realidad, y ¿la vergüenza? Se decide dejar que la próxima sesión fluya al ritmo del paciente. Falta conocerlo y se debe tener siempre presente su estadio IV del cáncer de esófago. ¿Su aislamiento es por la incomodidad en tragar? Además, ¿Su encierro, es una secuela orgánica?, pero también, quizás, es una secuela social.

## 6.2 Segunda Sesión

-¿Cómo anda? –*“muy bien, practiqué lo de la bolsita y me saqué el gusto, me senté a la mesa en mi lugar de siempre... El domingo mi hija hizo un asadito y yo chupaba la carne, no la tire en el plato, iba todo a la bolsita,...La verdad, muy bien licenciada”*. -Y ¿de los nervios cómo anda? – *“...Y eso no se me pasa, tengo miedo a que la sonda se tape...a veces me duele y molesta”*... - Esto del miedo es importante que lo exprese. Sí; es cierto, a veces, las sondas se tapan, pero también usted sabe que se destapan, entonces explique más ¿Por qué el miedo? Se produce un profundo y largo silencio. Se agacha en la silla, baja la cabeza hacia sus rodillas y se queda en esa posición; la terapeuta se levanta, se acerca y le pasa la mano por la espalda acariciándolo y le dice: -¿Se siente bien? ¿Se acordó de algo?... Silencio. Con voz entrecortada responde: - *“El Dr. L. me explicó cuatro veces, cuatro veces, por pedido mío lo de la sonda”*. (Cuesta entenderlo, porque la posición no me permitía ver sus labios).

- ¿Cuatro veces le explicaron...? –*“Sí”*... (Silencio). Aparece angustia. Se lo acompaña con afecto pasando la mano por su espalda, en una postura activa por parte del profesional. Se endereza poco a poco y con las manos se toma la cabeza diciendo: -*“Sabe que mi mamá se murió porque se le taparon cuatro arterias”*... -¿Cuatro arterias? - *“Sí, no sé si habrá cuatro arterias, pero eso recuerdo que decían mis hermanos. Yo era muy chico, tenía ocho años; no entendía nada”*. Se produce un silencio que no se interrumpe, mientras da la sensación que Ramón está asociando, su sonda con las arterias de su mamá. Es

un silencio tranquilo pero con mucha carga emotiva. Minutos después, dice: -“*Se da cuenta licenciada... tengo miedo que se me tape una arteria, vah, digo la sonda*”. Se conecta con algo bastante profundo.

-Ramón, ¿Tiene miedo a morir como su mamá cuando se le tapa la sonda? “...*Sí, lo pienso, la cabeza me dice que no, el doctor me tranquiliza diciéndome que se destapa, que venga a la guardia, que no hay problema y que cualquier cosa lo llamé al celular...pero yo siento que no me la van a poder destapar*”. - ¿Este temor lo siente con frecuencia? : -“*Sí, cada día y medio más o menos, vengo porque me parece que está tapada, pero los médicos de la guardia se ríen, porque no está tapada... ¡Que tonto soy!...No sé porqué me puse así*”. El terapeuta dice: -es muy fuerte asociar que la sonda se tape como las arterias de su mamá y a su vez con la muerte de ella y la de usted. -“*Sí...eso me pasa, me parece que cuando la sonda se tapa no me voy a poder alimentar... y el que no come se muere...licenciada...* (Se respeta un profundo silencio.) -*¡Qué alivio siento!... me hizo muy bien esta conversación. ¡Qué alivio!*” -¿Se siente bien? ¿Nos vemos el martes? - “...*Sí...por hoy fue mucho*”.

Reflexiones inmediatas posteriores a la sesión: Como era el último paciente de la mañana se reflexiona en la fuerza de la relación terapéutica. ¿Ya había logrado adherencia? Pensar en la responsabilidad del rol y buscar estrategias y objetivos para este tratamiento.

Tal vez, si él lo hubiera permitido, habría sido el momento de solicitarle que realice el dibujo que represente su enfermedad, su salud y el HTP cromáticos y acromáticos. Con el objetivo de obtener información que sirva para acelerar la terapia. También surge la pregunta: ¿Qué buen clima, empatía y contención se habrá logrado para que aparezca una asociación de éste tipo en la segunda sesión?

### 6.3 Tercera Sesión

Ingresa al consultorio sonriendo, casi con la misma imagen que se despidió el martes anterior, con su frasco para salivar. Sin mediar pregunta, dice: -“*No se imagina lo bien que estoy; bueno, no tan bien, un poco triste, pero mejor así... porque estoy más tranquilo, tanto que no sé de qué hablar hoy*”. Su frase fue un

pedido, se respeta su necesidad y se le propone si quiere hacer unos dibujos con el fin de conocerlo más. –*“No sé, licenciada, ¿qué quiere que haga?, solo hago dibujos para los nietos, pero haré lo que usted me pida o necesite para ayudarme...No tengo muchas ganas de hablar”*.

Se busca papel blanco, lápiz negro, goma de borrar y los 12 lápices de colores. Se le pide que dibuje su enfermedad, la salud, una casa, un árbol y una persona; dándole cada consigna por separado al finalizar cada dibujo. Una vez dicho esto, se comprueba que las comprendió y se agrega que puede borrar y usar los lápices de colores cómo y cuando él quiera.

Trabaja concentrado y distendido. Hace algunas bromas: *“...pelado como yo”*... (Cuando grafica su enfermedad) y realiza comentarios sobre lo que dibuja. Solo interrumpe su tarea para salivar. La secuencia de los dibujos es normal. Lo único llamativo de la toma, fue que ante la consigna que dibuje una persona; él crea tres y no se corrige, respetando su necesidad. Al finalizar sus dibujos se le explica que se le hará unas preguntas, asiente con su cabeza.

Se muestra el dibujo de la casa: -Por favor, mire su dibujo y responda, ¿De qué está hecha? –*“Es una casilla de madera, de esas prefabricadas”*; - ¿Es su propia casa? –*“No, la de ahora no, la mía es de material, pero hasta que pude hacer ésta yo vivía en una de madera”*, - Mientras dibujaba la casa en ¿qué o quién pensaba?–*“en mí, en el tiempo que pasó”* – La casa ¿Está habitada o no vive nadie?, -*“no vive nadie, es una casa vieja”* y – ¿Está en la ciudad o en el campo? –*“en el campo”* -¿Tiene vecinos o alguien que viva cerca? –*“no, está sola en medio del campo”*.

Se aproxima el dibujo del árbol: - ¿Qué árbol es? –*“no sé, esta tan pelado sin hojas, no se lo reconoce, pero podría ser un paraíso, es un árbol grande”*, - ¿Qué edad tiene? –*“y... más de sesenta”*, -¿Este árbol está vivo? –*“sí...pero está peleando, y medio apestado, está con una peste”* - ¿Alguna parte del árbol está muerto? –*“y sí parece que algunas ramas, se están secando”*, - ¿Parece que se está secando la rama de la izquierda? – *“sí esa rama está seca, lo que pasa es que está más llena de bichos”* -¿Usted dibujo uno, pero, este árbol está solo o con un grupo de árboles? –*“está solo y para colmo apestado”*.

Se muestra el dibujo de la persona y se le solicita que explique el porqué hizo tres. –“No sé, yo escuche que tenía que hacer una, me hice yo...y...me vi muy solo...la hice a mi señora...y a mi mamá que me tiene en brazos, tal cual la veo y la sueño siempre”.

Al término del encuentro dice: –“Bueno, nos vemos el martes, pero le quiero decir que yo entendí bien, pero como no me corrigió hice las tres”. Está bien Ramón, lo importante es ayudarlo, guiándolo para que usted haga lo que sienta y necesite. No es la función darle órdenes, ni usted debe hacer lo que el psicooncólogo quiera. – “...Ah bueno, hasta el martes”.

Reflexiones inmediatas posteriores a la sesión: ¡Qué sorpresa! ¡Cuánto dicen estos dibujos! cuántas vivencias al responder las preguntas después de cada dibujo, cuánto simbolismo. Una vez más, se comprueba que los dibujos hablan por los pacientes. Se guardan para después, con tranquilidad hacer el análisis de los contenidos, y determinar qué es conveniente devolverle al paciente.

#### 6.4 Cuarta Sesión

–“Toda la semana pensé en la sesión anterior, en los dibujos...cómo y qué respondí a sus preguntas...Qué lindo que es dibujar... nunca lo había hecho...,sabe las veces que le dibuje a los nietos, una casa, un árbol y una persona y nunca las hice así...,¿Usted que vio?” - Veamos el primer dibujo: su enfermedad, véalo de nuevo y dígame que ve - y... “es un árbol con ramas finas oh”... pregunta: - ¿porqué dice oh, éstas ramas a qué se parecen? “...parecen sondas”. Se queda pensativo y no articula palabra alguna, entonces afirmando se dice: -Sí, algunas ramas bloqueadas con hojas, pero tan remarcadas que pueden ser bolos alimentarios o lágrimas.... El interrumpe y dice: - “...Uh... (Hace una pausa y un silencio) cuanto lloro de impotencia, de bronca, cuando me encierro en la pieza...entonces ¿el árbol es Ramón?...esta pelado como yo,...y... que raíz chica le hice, en cualquier momento me voltea”. (Se ríe) - Y sí, el árbol es usted, pero veamos lo positivo usted representó su enfermedad con un árbol.... El árbol simboliza la vida y el crecimiento, si bien le hizo pocas raíces son como clavos o estacas que lo ayudan a sostenerse, además el trazo es firme y seguro lo que muestra su fortaleza y su fuerza para pelear su enfermedad, el tronco reforzado

muestra su lucha para mantenerse íntegro para sobrellevar el cáncer. Interrumpe diciendo: - *“...es que quiero vivir...no quiero dejarme vencer...,... quiero poder tragar”*... Se prosigue explicando que las ramas representan los recursos o estrategias que tiene para obtener gratificaciones del medio ambiente, están cerradas porque su cáncer no le permite gratificaciones tan simples como, por ejemplo: saborear la comida. (Su cara mostraba asombro, incredulidad y hasta se tuvo la sensación que le parecía mágico lo que se señalaba). - *“...Siga licenciada”*... - Bueno, ¿tiene alguna pregunta o duda, antes de pasar a otro dibujo? - *“...No... me doy cuenta que el árbol es Ramón, pero dibujado en un papel”*. (Se da cuenta que es él, pero habla de Ramón en tercera persona, debe procesar sus sentimientos.)

- Mire lo que dibujó cuando se pidió que grafique su salud - *“...Hice otro árbol...,... pero lo pinte...le hice flores, rio”*. - Sí todos hacen a la vida: sol, agua, flores y más que nada lo pintó. Cuando uno tiene sentimientos positivos le pone color a los dibujos. ... *“Es como usted dice, cuando uno está sano le dan ganas de vestirse bien, de arreglar la casa, de poner plantines de flores, pero ahora que estoy enfermo, no”*.

Se considero que fue muy productiva ésta sesión, que el resto de los dibujos quedarían para la sesión que viene, si bien falta algunos minutos, debía procesar todo lo conversado. Se dosificó la información al máximo, si hiciera falta, hay que profundizar en próximas sesiones. - ¿Se siente bien? ¿Le queda alguna duda a lo que responde:...-*“la verdad que no...nunca me imagine...todo lo que puede decir un dibujo”*. La despedida es como siempre.

Reflexiones inmediatas posteriores a la sesión: No deja de asombrar lo que moviliza la realización de los dibujos. Cada persona es una caja de pandora, a veces cuesta mucho trabajar con pacientes de bajo nivel educativo, pero es de suponer que Ramón tiene el aprendizaje de la vida, de la calle. Su trabajo de mozo, el estudio de sus hijas, sumado a que posee un buen nivel intelectual, dan como resultado la gran capacidad para asociar frente a sus dibujos.

### 6.5 Quinta Sesión

Mientras Ramón pasa a la sala hace bromas por su compañero: su bolsita y el frasco para salivar. Se sienta, y dice: *-“Disculpe, pero no me quiero olvidar de decirle que hace unos días no sueño más con mi mamá, o... si la sueño no me acuerdo, no me despierto con esa sensación nerviosa...parece que entendí su muerte”*. -Que bueno, mejor así, lo importante es que duerma y se levante bien. El terapeuta no indaga más sobre el tema, trata de tranquilizar. No aparece culpa, sino más bien tranquilidad, (¿El dibujo le habrá servido para cambiar su imagen distorsionada de la realidad?). – ¿Cómo anduvo esta semana, con el control médico? – *“... Bien, el doctor me ve bien, pero no me prometió nada... me dio las órdenes para hacerme los estudios, y como el próximo lunes, temprano me entregan todos los resultados, ya saque turno para que ese mismo día me vea el doctor y parece que va a verme junto con el cirujano..., Sabe que no vine más a la guardia, le dije a mi señora y ella dijo: quédate tranquilo Ramón es muy fácil darse cuenta cuando se tapa,... esto la alivió también a ella, la veo cansada, a veces alejada”*.

-Y ¿Cómo se siente con la posibilidad que le saquen la sonda?- *“...No veo la hora, pero lo que más quiero es que me digan que no tengo más el tumor, porque desde que vengo con usted, ando mejor, me hace bien hablar...antes me encerraba .Yo creía que me hacía mal el olor a comida, pero ahora pienso que tenía miedo y en casa no hablaba porque me parecía que nadie me entendía...Ando bien, me siento bien, juego con los nietos, me siento en la mesa, ayudo en las cosas de la casa... Ahora le conté a mi señora lo de los dibujos...Ah, ¿los trajo? Por qué no hablamos... creo que faltan tres”* – Sí, ¿Pero tiene realmente deseos de volver a los dibujos? ¡Porque es muy lindo todo lo que está contando! *“...Sí licenciada, terminemos con eso, porque si los estudios me salen bien, me parece que volveré a hacer unas changas de mozo, pero solo eventos, algún casamiento o fiesta, ya me dijo el doctor que sí puedo; y si me salen mal... bueno, veré que hago”*.

Es posible que Ramón, esté preparando internamente su alta, se lo ve bien y se debe ser muy prudente con los dibujos, en todo caso; profundizar si hiciera falta, si el chequeo médico es negativo. Al mostrarle el dibujo de la casa dice: -...

*“¿También es Ramón?”...– ¿Por qué? – “Y...también le hice las paredes como la sonda”. – ¿Se acuerda de las respuestas a las preguntas? - No... “¿Qué dije?” – Que era vieja, de madera, que estaba deshabitada, sola, en medio del campo. Así se siente usted, además las paredes, como se dio cuenta, son como sondas, pero también las reforzó, las hizo doble porque el cáncer lo llevó a perder el control de su vida. –“Sí fue lo único que no elegí en mi vida, elegí casarme, tener hijos, trabajar, pero esto no”... - ¿No tuvo deseos de pintarla? –...”Sabe que no, aunque no lo demuestre me siento mal, paso de la alegría a la rabia con mucha facilidad”.*

Se muestra el dibujo del árbol: - que tiene más de sesenta años, que está apestando, que la rama de la izquierda está muerta, llena de bichos, que está solo y para colmo apestando. –“...Que le dije!!, así me sentía antes de venir aquí...,es que sabe licenciada, uno con la enfermedad se siente solo, tiene miedos, se encierra, no habla”... (Graficado en las puertas y ventanas que le puso candado) “...Y que bien hace hablar”. - Mire Ramón las ramas significan su capacidad para obtener satisfacciones de su familia, de amigos, es lo que le permite conectarse con los demás y usted dibujo y dijo que la rama de la izquierda está muerta, llena de bichos, esa rama representa a su mamá quien en realidad está muerta y ya no la puede ver, ni recibir de ella nada, ni afectos, ni acompañarlo en su enfermedad. ... “Y... sí, tengo miedo a morirme como ella, con algo tapado”. (Profundo silencio, se llenan sus ojos de lágrimas) Se lo acompaña tomándole la mano, que tiene apoyada en el escritorio y se espera. Está en situación de duelo. No hay nada más para agregar, ya que solo va tomando conciencia hasta donde quiere y puede, no hay intención de movilizarlo más ante un próximo chequeo clínico.

Antes de pasar a la figura humana, se lo interroga: - ¿Cómo se siente? ¿Quiere decir algo más? –“...Estoy bien...sigamos si hay tiempo, queda solo un dibujo, ¿no?... Ah, el que dibuje a mi mamá, pero como le dije, ya no la sueño más”.

-Dibujó a las personas más significativas: su señora por el apoyo incondicional, que lo acompaña con su enfermedad y es quien lo cuida, licua los alimentos y a su mamá porque en la primera sesión apareció su miedo a morir como ella y al soñarla todas las noches no podía descansar.

Se puede profundizar más el contenido del dibujo, pero es suficiente.

Reflexiones inmediatas posteriores a la sesión: una sesión con toma de conciencia de sus miedos y preocupaciones. Comienza a cambiar sus conductas distorsionadas. Empieza a tener conductas positivas y va dejando atrás las negativas.

#### 6.6 Sexta Sesión

El martes siguiente la sesión es corta. Ramón llega eufórico. Habían programado su cirugía para el día siguiente a esta sesión (el retiro de la sonda, si bien el paciente la vivía como una cirugía importante, los médicos le informaron bien el procedimiento). Vino más que nada a agradecer y a disculparse de no poder quedarse porque le habían pedido el chequeo pre-quirúrgico y los turnos coincidían con la sesión. Si bien, este comentario lo hace en la puerta del consultorio, se lo invita a pasar unos minutos a fin de chequear su nivel de ansiedad y la comprensión de la información del oncólogo y el cirujano. La ansiedad es la esperada para este tipo de situación, por el significado que le atribuye a la sonda. La información está bien comprendida. (Se despide y como es de costumbre se promete pasar a verlo por el internado.)

Al día siguiente, antes de pasar por sala se habla con el cirujano quien informa que Ramón está muy bien, un poco irritado y que, de a poco, más adelante, irá incorporando los alimentos sólidos, a pesar de mantener una estrechez esofágica residual. Al ingresar a la sala se lo encuentra en muy buen estado anímico, contento, junto a su señora, hijas y otros familiares. Se cruzan algunas palabras.

#### 6.7 Séptima Sesión

Siempre muy puntual. Una vez sentado, él realiza una respiración profunda y suelta los brazos hacia abajo, como descargando energía. Se afirma: - ¡Ya pasó todo!. Y antes de continuar dice: - *“...Soy el Ramón de antes...sin sonda, sin tumor, sin nervios, duermo bien... ¿le parece que siga viniendo?... No lo tome a mal licenciada, pero necesito unas vacaciones del hospital, estoy cansado”*. A lo que se responde que es muy comprensible, que es importante que retome su vida.

Se refuerza su autoestima y todos los cambios que logró. El poder expresar sus sentimientos deformados, podía sentirse bien con él mismo, con su familia, entre otras afirmaciones. Se acuerda una sesión más de cierre.

Reflexiones inmediatas posteriores a la sesión: Ramón es de esos pacientes que el terapeuta extraña: colaborador, respetuoso, comprometido y responsable con su tratamiento. Siempre mirando hacia adelante, a pesar de su preocupación por la enfermedad. Su sonrisa y buen humor lo acompañaran siempre.

Una vez más, se tiene la certeza que la relación terapéutica en sí misma es una experiencia de crecimiento tanto para el paciente como para el psicooncólogo.

### 6.8 Octava Sesión

Como siempre esperaba ser llamado. Cuando se sienta dice: *“...Me siento muy bien... vengo solo, sin el frasco, quiero vivir bien, sin nervios ni tumor y creo que aprendí mucho...tenía miedo por todo...como le dije, tengo un recuerdo vago de mamá, pero no la sueño...En fin,...no le puedo pedir más a la vida... jah!...ni a Dios que me dio esta segunda oportunidad”... -¿Puede ya tragar? “...Sí, todavía con un poco de dificultad, pero puedo”.*

Se le refuerza su posibilidad de volver a disfrutar los alimentos, a sentarse a la mesa, reincorporarse a lo laboral, en algunos eventos que lo llamen como mozo, y se presenta en la memoria la pirámide de necesidades de Maslow.

Era su última sesión y podía hacer una evaluación de su vida, ser agradecido. Tiene ganas de trabajar y disfrutar.

La despedida es con un fuerte abrazo, deseándose mutuamente suerte y salud.

### Reflexiones inmediatas posteriores a la sesión

Sin embargo y a pesar de la alegría inscripta en la situación, cabría preguntarse: si el paciente no hubiera sido derivado a tiempo ¿Qué hubiera hecho Ramón?, ¿su bloqueo para recibir la información médica hubiera profundizado sus miedos, ansiedades y nerviosismo? ¿Su encierro, la necesidad de reforzar paredes lo llevaban a una desestructuración psíquica? ¿La peste del árbol que significa situaciones traumáticas vividas lo llevaban a actitudes destructivas? ¿La persistencia de la imagen materna en los sueños lo dejaría enganchado en un pasado cargado de angustia y conductas distorsionadas? ¿Por el emplazamiento de la casa (que representa su self) se puede inferir que hubiera caído en una depresión? Si la Pirámide de Necesidades como el agua, aire, comida, el

descansar, eliminar desperdicios (sudor, orina y heces) y evitar el dolor no hubieran estado alteradas en Ramón ¿podría haber logrado superarse?

Al no tener compensadas estas necesidades fisiológicas, ¿podía sentir seguridad?, ¿lograr el re-aseguramiento y sus necesidades de amor y pertenencia?, pero éstas son solo conjeturas profesionales, lo cierto es que el paciente elaboró y decidió su alta terapéutica.

## **7.- ANALISIS DEL CASO**

Antes de iniciar el análisis, se debe tener en cuenta algunos aspectos: a) al principio, el paciente logra asociar, pero no visualizar, b) existe la sensación que cuando escucha la consigna, se tranquiliza, c) los dibujos le permiten proyectar, utilizar símbolos, d) se observa que Ramón se siente escuchado, comprendido porque sus síntomas orgánicos no producen rechazo, ni reacción alguna, e) se comprende sus sentimientos, f) se siente respetado en su intimidad y él arma su sesión solo g) entiende muy bien la consigna de trabajo h) tiene una buena escucha y contención puede organizar sus pensamientos y transmitir claramente lo que va sintiendo.

### 7.1 Análisis de los dibujos

Si bien se separa este apartado referido al análisis de los dibujos para una mejor comprensión, al leer las sesiones se detecta claramente que estos forman parte del proceso dado. Ramón al comprender los mismos y realizar su propia lectura, cargada de significación personal le permite darse cuenta de sus miedos, aceptarlos y reorganizarse de otra manera.

Como se dijo anteriormente, el análisis de los dibujos es llevado a cabo a partir de: el conocimiento del paciente, de los ítems de las técnicas gráficas y el interrogatorio posterior.

#### 7.1.1 Enfermedad

Simbolismo del árbol: vida, crecimiento. Existe el árbol de la vida, el genealógico. Se proyectó a sí mismo. Su realidad actual, su cáncer, la calvicie, ramas y tronco representando por la sonda de gastrostomía y su miedo a que se tape, sus lágrimas al decir: ... *“cuanto lloro de impotencia, de bronca, cuando me encierro en la pieza...,...está pelado como yo”*....En esta expresión inicia la toma de

conciencia de su enfermedad. La ausencia de color, marca sus sentimientos negativos, no le permiten dar color. –“Y, *no ando nada bien... pero yo siento que no me la van a poder destapar...me encierro....,...uno con la enfermedad se siente solo, tiene miedos, se encierra, no habla*”...Sigue asumiendo sus sentimientos negativos.

El emplazamiento en el centro de la hoja significa que busca dirigir sus acciones en busca de seguridad, posee un comportamiento emotivo, auto dirigido, es un indicador de confianza “...yo estoy esperanzado porque el doctor me dijo que he respondido muy bien a la quimio y a los rayos, que a lo mejor en poco tiempo me saquen la sonda”. Además, marca una buena relación médico-paciente. El tamaño levemente grande indica necesidad de llamar la atención, de ser tenido en cuenta, más allá de su miedo; el ir día por medio a la guardia puede mostrar esta necesidad, y también toma conciencia cuando manifiesta: –“...Sí, cada día y medio, más o menos, vengo porque me parece que está tapada, pero los médicos de la guardia se ríen, porque no está tapada”... Presión fuerte: significa la buena energía, para enfrentar su problema, capacidad para lograr su objetivo, en Ramón se detecta su fuerza para curarse y nuevamente la toma de conciencia cuando dice: “...es que quiero vivir...no quiero dejarme vencer...entonces me quiere decir que soy yo el que debe hacer el tratamiento”... Él reconoce en las sesiones que es nervioso, éste tipo de trazo también le permitió la descarga de su agresión. Los detalles son adecuados a lo que el dibujo representa, bolos alimenticios, lágrimas: “...cuanto lloro de impotencia, de bronca, cuando me encierro en la pieza”... Miedo a que su sonda se tape: “...y eso no se me pasa, tengo miedo a que la sonda se tape...a veces me duele y molesta”...

Tronco: fino, pero sumado al trazo fuerte muestra fortaleza, bien plantado en la realidad, reforzado muestra su lucha para mantenerse íntegro, para sobrellevar su enfermedad: “...es que quiero vivir...no quiero dejarme vencer....,.... quiero poder tragar”... El tronco carece de cicatrices y nudos, por lo que se deduce que tiene la capacidad para superar algún trauma infantil: el impacto de la muerte de su madre: “... casi todas las noches sueño con mi madre”... Raíces: los adultos por lo general no las dibujan, es típico en los gráficos infantiles. Ramón al dibujarlas

demuestra que a veces se siente un niño, come papilla que debe licuar su esposa. Como él dice: “...*digamos me da de comer... por la sonda*”... son estacas, clavos que lo ayudan a sostenerse. Las raíces representan inquietud y/o curiosidad para conocer lo oculto, así mismo son pequeñas. Tiene gran necesidad de ver lo oculto, se da cuenta cuando dice: “...*lo que no sé si tengo algo más por lo que me pongo nervioso...que raíz chica le hice, en cualquier momento me voltea*”. Nótese que en la lectura de su propio dibujo encuentra sus propias respuestas. Ramas: están bien distribuidas. Ramón tiene la posibilidad de obtener satisfacciones del medio, (ahora bloqueadas) de conectarse con los demás: “...*Ando bien, me siento bien, juego con los nietos, me siento en la mesa, ayudo en las cosas de la casa*”...la forma de tubo y abierta en los extremos, implica que a veces no puede manejar su ansiedad, su impulsividad y decae su voluntad. Copa: ausente, su contacto con el ambiente está bloqueado por las secuelas del cáncer. Su encierro, su aislamiento familiar y social “...*en casa no hablaba porque me parecía que nadie me entendía*”.... (Ver Anexo 1)

### 7.1.2 Salud

El emplazamiento y el tamaño dentro de parámetros normales, bien distribuido en la hoja. Aparecen símbolos de vida, el color, el agua, flores: “...*Hice otro árbol... pero lo pinte...le hice flores, rio*”. La presencia del sol indica un buen pronóstico en el tratamiento psicológico y la calidez con sus relaciones afectivas que es su apoyo incondicional que tiene de su familia: “...*ellos dicen que no les importa, pero a mí no me gusta*”... La presión es débil representa que su salud está debilitada por la enfermedad, siente el límite que le pone su cuerpo, le da inseguridad y ansiedad, es esperable ya que está enfermo: “...*no puedo tragar ni la saliva..., tengo esta ronquera*”... Trazo: predominio de líneas curvas, dependencia, se refleja también en la pirámide de necesidades. Color: por la experiencia obtenida, siempre aparece color en éste dibujo, y Ramón se da cuenta cuando dice: “...*es como usted dice, cuando uno está sano le dan ganas de vestirse bien, de arreglar la casa, de poner plantines de flores, pero ahora que estoy enfermo, no*”. (Ver Anexo 2)

### 7.1.3 Casa

Es importante la respuesta de Ramón ante el interrogatorio, ya que transmite en su totalidad, sus sentimientos, emociones y sus conductas distorsionadas de la realidad. Él dice: *"...es una casilla de madera, de esas prefabricada... ¡No!, la de ahora ¡no! la mía es de material, pero hasta que pude hacer esta yo vivía en una de madera,...en mí, en el tiempo que pasó (...)no vive nadie, es una casa vieja, (...) está sola en medio del campo"*. Estas respuestas corroboran como se siente Ramón. Al señalarle esta situación toma conciencia: *"...Es que sabe licenciada, uno con la enfermedad se siente solo, tiene miedos, se encierra, no habla"...*

Emplazamiento: ubicación inferior de la hoja lo que significa que le preocupa su realidad actual, se siente inseguro, le cuesta adaptarse al medio, busca un refugio al aislamiento familiar y social. Tiene necesidad de sostén, temor a actuar solo: *"y...me vi muy solo"*. Tamaño: dentro de parámetros normales. Presión: si bien el análisis se realiza teniendo en cuenta el que más predomina, en este caso es muy significativa la presencia de dos tipos: el árbol de la izquierda que representa la figura materna en su copa, la presión es débil y entrecortada, significa restricción, marca el conflicto que está reprimido; *"...sabe que mi mamá se murió porque se le taparon cuatro arterias"*... mientras que la casa y el árbol de la derecha (muy parecido al graficado de su enfermedad) es una presión adecuada. Esta combinación en un dibujo permite inferir que el paciente busca el equilibrio, la homeostasis, *"...no veo las horas, pero lo que más quiero es que me digan que no tengo más el tumor"*. Trazo: al igual que en la presión hay presencia de líneas curvas en copa de árbol y flores a la izquierda y predominio de líneas rectas reforzadas, remarcadas que demuestran inseguridad y ansiedad: *"...Sí fue lo único que no elegí en mi vida, elegí casarme, tener hijos, trabajar, pero esto no"...*

Detalles: adecuados. Techo: acorde al tamaño de la casa, fracasa su satisfacción a través de la fantasía, al ser de madera, vieja y prefabricada implica el fracaso en la posibilidad de fantasear, la realidad de su enfermedad bloquea más de una vez su vida mental. *"...El Dr. L me explico cuatro veces..., cuatro veces, por pedido mío lo de la sonda"*. Este bloqueo se supero y se pudo corroborar en la sesión que se chequea la comprensión de la información de la intervención para el retiro de la

sonda. Paredes: ausencia de color, con trazo doble, necesidad de lograr contener la ansiedad, intentos de poder controlar lo que su cáncer descontroló, sentimientos de desestructuración. Reforzar, evita un posible derrumbe psíquico, esto lo visualiza en reiteradas oportunidades: *“...que bien me hace hablar con Ud., me siento más aliviado”*. Puertas y ventanas: implica conexión con el medio, en Ramón se detecta dificultad porque están reforzadas con presión y color, muestra el alto grado de sensibilidad frente a la opinión de los demás: *“...pero eso recuerdo que decían mis hermanos, yo era muy chico, tenía ocho años, no entendía nada”*..., llevándolo al encierro, teme no ser comprendido, resistencia a la relación interpersonal *“...no me dan ganas de sentarme a la mesa con mi mujer, con mi hija, me alejé de ella en la cama porque pienso que se molesta... me encierro”*.

Humo y chimenea: da una idea de clima familiar que vive el paciente y del grado de satisfacción personal que logra en relación con sus vínculos cercanos. También son elementos fálicos. En este caso están ausentes lo que demuestra que Ramón no puede disfrutar de lo cotidiano, al decir de él: *“... le decía... mi señora me tiene una paciencia..., me licúa la comida, digamos me da de comer por la sonda y... yo así, me alejé de ella en la cama porque pienso que se molesta... me encierro, aparte sabe como extraño los mates sentados todos en familia bajo la sombra de los árboles”*... Base del dibujo: contacto con la realidad, está bien definido, proyecta su realidad, su cáncer: *“...Sí licenciada, terminemos con eso, porque si los estudios me salen bien... y si me salen mal, bueno veré que hago”*.

Color: adecuado a la casilla de madera. Paredes blancas, siente que no puede manejar sus emociones, esto se manifiesta como respuesta a la pregunta por qué la falta de color: *...sabe que no, aunque no lo demuestre me siento mal, paso de la alegría a la rabia con mucha facilidad.* (Ver Anexo 3)

#### 7.1.4 Árbol

Emplazamiento: hacia la izquierda representa la madre, el pasado, lo afectivo, introversión: ítems que no se trabaja.

Tamaño: dentro de parámetros normales. Trazo: líneas rectas, fuerza, autoafirmación: *“...es que quiero vivir...no quiero dejarme vencer...,... quiero*

*poder tragar*”... La palabra *quiero* muestra su fuerza, autoafirmación. Tronco: “*apestado*” proyecta su enfermedad, a diferencia del tronco del árbol que representa la enfermedad (bolos alimentarios, lágrimas) éste tiene una significación más profunda, la identificación con la enfermedad de la madre: y “... *sí, tengo miedo a morirme como ella, con algo tapado*”. El profundo silencio y, sus ojos con lágrimas determinan el inicio del proceso de duelo.

Raíces: no se ven, parámetro normal. Ramas: de la izquierda seca, situación traumática infantil del pasado como es la muerte de la madre, allí puede proyectar la realidad sin distorsión: “...*no me despierto con esa sensación nerviosa... parece que entendí su muerte*”. Copa: ausencia: poco contacto con el medio (secuela de su enfermedad.) (Ver Anexo 4)

#### 7.1.5 Persona

Este dibujo se trabajó poco, porque no era conveniente movilizar ansiedades, ante un chequeo clínico y una intervención quirúrgica mínima. La realización del mismo, sumado a no respetar la consigna de la cual él tomó conciencia al decir: “...*no sé..., yo escuche que tenía que hacer una persona..., me hice yo y me vi muy solo..., la hice a mi señora...y a mi mamá*”.... Esto sirvió para proyectar y visualizar su conflictiva.

La secuencia del dibujo es normal, graficándose primero él. Logró su autorretrato: dibujó la bolsa de alimento. Tuvo la necesidad de representar las personas significativas como son su esposa y a su madre fallecida y soñada en reiteradas oportunidades. La dibuja esfumada con él en brazos, emplazada arriba, marcando el nivel de fantasía. “...*y, a mi mamá que me tiene en brazos, tal cual la veo y la sueño siempre*”. Por ello y parafraseando a Hammer es posible decir que los adultos que dibujan figuras parentales, por lo general se encuentran manejados por el pasado y nunca logran una total independencia del control parental. En este caso es lo que bloquea la comprensión de la consigna médica, como así también de las explicaciones reiteradas que hacen los profesionales con respecto al tapado de la sonda. Se logra en este acto una toma de conciencia y de crecimiento personal. La conciencia forma parte esencial en el ser humano y, Ramón toma conciencia de su necesidad de apoyo psico-oncológico, ya que se da

cuenta que solo no puede superar las conductas distorsionadas, las cuales trabajó durante el proceso terapéutico, como: 1- sentir que su sonda, era igual a las arterias de su mamá, 2- que el encierro lo llevaba a la soledad, al nerviosismo, en lugar de lograr paz, 3- presuponer que su familia sentía asco que no lo entendía, 4- asociar la muerte materna con la de él. El clarificar estos sentimientos le permite aceptarlos y para ello los dibujos son de gran ayuda, porque los proyectó y pudo reconocerlos.

Todo esto, le permite a lo largo de las sesiones darse cuenta que él tenía algunos prejuicios hacia otras personas (ejemplo: sus hermanos) Aprendió desde niño a dudar de la validez de sus propios pensamientos y sentimientos por miedo a ser rechazado. Necesita aprobación y afirmación, que al encontrarla en el proceso terapéutico, consolida su auto concepto para fortalecer su sensación de seguridad. Ramón reproduce con exactitud sus propios rasgos corporales, remarca y grafica su bolsa alimentaria, su calvicie, su estatura y proyecta en su yo físico la imagen de su yo psicológico. En este caso, una imagen psicológica de sí mismo, pequeña (más acentuada que la realidad), insignificante, dependiente (ítem normal en los pacientes oncológicos) y con gran necesidad de apoyo emocional, sentimiento de inferioridad marcado por su enfermedad.

Emplazamiento: hacia la izquierda: significa la necesidad de gratificaciones inmediatas. Preocupación por el pasado y regresiones a situaciones sin resolver. El dibujo de la madre en la parte superior es la búsqueda de satisfacciones en la fantasía más que en la realidad. Sentimientos de no poder alcanzar nunca esa mamá fallecida a corta edad. Imagen que quedó bloqueando todo proceso de desarrollo normal. Asimismo, este emplazamiento significa que su madre está en el mundo de las ideas y de los sueños “...*casi todas las noches sueño con mi madre*”.... Tamaño y Trazo: están muy ligados ambos, llevando a las mismas conclusiones; él se dibujó de tamaño menor que las figuras femeninas significativas, lo que marca su dependencia transitoria hacia su esposa por la enfermedad y hacia su madre por gratificaciones que no pudo recibir. El niño en brazos está ubicado sobre el pecho izquierdo: implica las asociaciones del inconsciente donde el corazón es igual que amor. Además éste órgano fue la

causa de muerte. Esto también se ve en la presión débil y el sombreado. El trazo del gráfico de la esposa tiene la presión suficiente y su línea con más continuidad que él. Brazos y manos: son las partes del cuerpo que significan contacto con el exterior; dan y reciben; protegen y castigan. Los de Ramón son cortos, rígidos y extendidos hacia afuera, tiene limitadas relaciones con los otros; tema descrito anteriormente. Se rescata la mano izquierda de su señora que está oculta, significa cansancio por parte de ella a raíz de la demanda en la atención de Ramón y hace, que tome distancia y dificulte su manifestación de sentimientos: *“...esto la alivió también a ella, la veo cansada, a veces alejada”*.

Los brazos de su madre, son circulares, de acogimiento: *“...y a mi mamá que me tiene en brazos, tal cual la veo y la sueño siempre”*. Vestimenta: acorde a los sexos dibujados. Los botones en el paciente significan dependencia transitoria por su enfermedad: *“...me licúa la comida, digamos me da de comer... (Se ríe) por la sonda”*. (Ver Anexo 5)

## **8.- CONCLUSIONES**

En el presente trabajo se esboza un marco teórico que abarca un amplio espectro de teorías, que se inicia con algunas consideraciones respecto del cáncer de esófago que sufre el paciente (Ramón) del caso analizado. Las reflexiones sobre la psicología humanista que define un perfil profesional hasta las diferentes técnicas proyectivas, susceptibles de aplicarse (El dibujo de la Enfermedad, de la Salud y HTP), estudiadas desde hace tiempo como lo demuestra la evolución histórica explicada; de la misma manera se afirma que los objetivos enunciados se cumplen. En otro orden se sostiene que la metodología aplicada es la adecuada para este estudio.

El caso que se presenta demuestra la posibilidad cierta de hacer uso del dibujo cromático o acromático como recurso terapéutico en un paciente adulto con enfermedad oncológica; y esta importante ayuda acorta considerablemente el tiempo de terapia, puesto que restaura a través del color, trazo, tamaño, ubicación etc. emociones, sentimientos y recuerdos del paciente que lo ayuda a elaborar su problemática.

El caso Ramón demuestra que los dibujos son parte del proceso terapéutico, permitiéndole al paciente visualizar rápidamente conductas distorsionadas, el duelo materno no elaborado y que, se activó frente al cáncer, bloqueándole toda la comprensión de la información médica, como así también se corrobora la relación del color y su estado anímico.

\* Se puede observar, en cada sesión un proceso que se repite sistemáticamente: dibuja, lee su dibujo, se recoge en su silencio y expresa la toma de conciencia del simbolismo que logra descubrir. En cada paso, mejora el nivel de conciencia de sus limitaciones y de su enfermedad, y, luego de la tristeza se queda en paz interior.

\* Es importante recalcar, el permanente reclamo para revisar la herramienta, que él mismo elige para ir encontrando el camino de su vida: los dibujos. Eso demuestra que la expresión gráfica se transforma en un recurso terapéutico fundamental de crecimiento y toma de conciencia.

\* No hubo ensañamiento técnico: si bien había mucho más para analizar se respetó; como a lo largo de todo el proceso, sus sentimientos, evitando el alejamiento y apostando a los tiempos de comprensión del paciente.

\* Se propone usar este recurso que reemplace la palabra, cuando un paciente plantea sus deseos de no hablar, de quedarse en silencio, y profundiza sus ansiedades.

\* Si el abordaje está hecho con rigor científico, con honestidad, alejándose de la interpretación erradas; éste recurso terapéutico es válido.

\* Los dibujos son símbolos y en el caso analizado permite la proyección de sus preocupaciones. El solo hecho de animarse a dibujar, le abre a Ramón la posibilidad de contar vivencias, sueños y anécdotas de cómo y porque dibuja lo que dibuja.

\* Empieza a tomar conciencia desde un principio, con el solo hecho de dibujar y proyectar, esto ya le proporciona información a su yo para ver sus bloqueos. La devolución del análisis de los contenidos sirve para reafirmar sus sentimientos.

- \* El paciente muestra su mundo interno plásticamente para crear sobre la base de los gráficos, historias vividas que lo reconfortan y además puede usarlas como anclajes de vida, de comunicación y de refuerzo de su autoestima.
- \* Los dibujos, sumado al encuentro, la flexibilidad y la apertura terapéutica admite verse, proyectarse y eso acelera la mejoría.
- \* Estar libre de enfermedad, para un estadio IV de cáncer de esófago, también es un logro clínico de todo el equipo de salud. La mejoría psicológica colabora en ese resultado.
- \* Se alcanza no solo, resolver un problema concreto, sino que se ayuda a producir cambios al paciente, para que pueda enfrentarse con la circunstancia actual que le toca atravesar (el cáncer) y con todo aquello que surja posteriormente, a fin que pueda ver y sentir con más coherencia. En definitiva, se llega a una estabilidad personal para enfrentarse en un futuro a los problemas con mayor independencia y responsabilidad y de una manera más organizada, con mejor calidad de vida.
- \* El dibujar facilita a Ramón encontrarse a sí mismo. En un clima de libertad, comprensión y empatía que se crea desde la relación terapéutica. El paciente progresivamente, y a veces con dolor, explora lo que se encuentra oculto.
- \* La familia como grupo de sostén y la psicoeducación le permite compartir, integrarse y superar sus contradicciones afectivas.
- \* Se destaca la capacidad de elección; de no ser un mero espectador, si bien no eligió enfermarse, sí elige curarse, realiza todos los tratamientos incluso el psicológico y es participe activo en las sesiones.
- \* Si se piensa que el hombre es intencional y que, esta condición es la base sobre la cual se construye su identidad, sus apegos y su libertad: Ramón trabajó para lograrla.
- \* Si se considera a la persona con libertad de elección y no patológica ni carente, ni víctima según su historia personal, Ramón en ningún momento se sintió mártir. Por ello, opta libremente no faltar a ninguna sesión de apoyo y siempre está conectado sentimentalmente en el proceso.
- \* Alteradas sus necesidades fisiológicas, no admite afectos, ni seguridad, ni estar con otros, es decir presenta un desequilibrio por esta razón no hay salud ni en su

cuerpo ni en su mente, la irrupción del cáncer en su vida no le proporciona los elementos necesarios para lograr la etapa de la auto-actualización.

\* Lo que sobresale de Ramón son sus deseos para desarrollar sus potencialidades, que al concluir el tratamiento aparecen de forma manifiesta en la intención de su reintegro al mundo del trabajo.

\* La terapia humanista es de tipo condicional porque allí se dan condicionamientos que nacen del individuo y de su realidad psico-social y de la cual se extraen valores, normas, estilos de vida, pautas, formas de interacción, actitudes, y es en el proceso terapéutico donde se consiguen las modificaciones del comportamiento. Ramón llega a cambios importantes en su conducta personal y social.

\* El recuperar su autoestima aporta equilibrio personal y le permite valorarse y se transforma en una persona más flexible, creadora, relajada, abierta al diálogo. Su concepto del mundo es alentador, realista.

\* La formación como terapeuta humanista centrada en el cliente facilita la empatía, el ser auténtico en la comunicación y la confianza generada en un clima de diálogo.

\* Realiza asociaciones con los dibujos, y modifica sus conductas erróneas, por ejemplo: no sentarse a la mesa; le faltaba una estrategia de psicoeducación. Los gráficos posibilitan: primero proyectar y después cambiar a sentimientos positivos, visualizar y confrontarlo con lo que dice.

\* Asume el proceso terapéutico sobre sus hombros. Se siente escuchado, y a pesar que sus secuelas orgánicas: salivar y la voz ronca, no producen rechazo en el terapeuta aunque sí para él.

\* Con errores y aciertos ha sido un tratamiento exitoso. La buena alianza terapéutica, su compromiso y colaboración llevaron a un trabajo eficaz, disminuyó notablemente su sensación de nerviosismo, también ayudado por su mejoría orgánica.

\* Se abre, a partir de este ejemplo la perspectiva de un trabajo estadístico, con un mayor número de casos, que pueda reforzar la evidencia hasta aquí obtenida, para poder usar este método de tratamiento como de aplicación confiable y válida.

En razón de lo expuesto y para finalizar este Trabajo Integrativo Final de la Especialización se hará mención del aporte que realiza la psicología humanista en la formación del psicooncólogo, puesto que esta mirada admite vincularse con el otro desde lo humano, de persona a persona, de ser a ser, basándose en una relación de respeto y comprensión. El estar abierto siempre, no solo a una escucha activa, sino también a un cambio en la actitud mental del profesional facilita vencer temores y renovar viejas estructuras conceptuales con la seguridad que da un bagaje teórico, que le permita animarse a utilizar recursos terapéuticos diferentes, sin perder la riqueza del proceso, y sobre todo no perder al paciente como persona total porque en “ese encuentro” entre dos personas ( cliente y profesional), en una relación terapéutica, es sin duda, una experiencia de crecimiento tanto para el paciente como para el psicooncólogo.-

*El terapeuta, estará con el paciente siempre en el mismo plano, el plano de la comunidad de la existencia. No hará del enfermo un objeto sino que verá en el enfermo una pareja existencial. Encuentro es un estar uno con otro en el presente propio, es decir, en un presente tal que se sazona totalmente a partir del pasado y que también lleva en sí, la posibilidad de futuro. Ludwig Binswanger (1881-1966). Psiquiatra suizo.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

### Referencias

- Bell, J.E. (1980) *Técnicas Proyectivas*. Barcelona, España: Paidós
- Boutonier, J. (1980) *El dibujo en el niño normal y anormal*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Buck, J.N. (1947) *The House-Tree-Person Test*. Virginia, Estados Unidos: Colony.
- González, M.C. (1978) *Apuntes del Post Grado de Psicodiagnóstico y Pruebas Proyectivas*. Córdoba, Argentina: Asociación Cordobesa de Psicoterapia y Educación.
- Grassano, E. (1984) *Indicadores Psicopatológicos en las Técnicas Proyectivas*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Hammer, E. (1969) *Test Proyectivos Gráficos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Holland, J.C. Y Murillo M. (2003) Historia Internacional de la Psicooncología. En M. Die Trill pág. 33/34 *Psicooncología*. Madrid, España: Ades.
- Koch, K. (1992) *El Test del Árbol*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Maslow, A. H. (1982) *La personalidad Creadora*. Barcelona, España: E. Kairós.
- Maslow, A. H. (1998) *El Hombre Autorrealizado*. Barcelona, España: Kairós.
- Ministerio de Salud. Dirección de Epidemiología, (2010). Capítulo 2: Servicios, Programas de Salud y Gasto en Salud. *Análisis de*

*Situación de Salud: Región NOA.* Buenos Aires, Argentina: Imprenta Oficial.

- *Pautas en Oncología, Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer,* (2008) pág. 158 Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Buenos Aires, Argentina: Estilos Gráficos.
- Rogers, C.R. (1981) *Psicoterapia centrada en el cliente.* Madrid, España: Paidós Ibérica S.A
- Rogers, C.R. (2005) *El proceso de Convertirse en persona.* Barcelona, España: Paidós Ibérica S.A
- Stora, R. (1989) *El Test del Árbol.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Warren, H.C. (1970) *Diccionario de Psicología.* México: Fondo de Cultura Económica.

#### Consultada

- Abt, L.E. y Bellak, L. (1967) *Psicología Proyectiva.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Álvarez, A. y Alonso, M. (2001) Técnicas de Rorschach: Antecedentes, Situación actual, y perspectivas. Cuba: *Revista Cubana de Psicología.* V.18 n.1
- Anderson, H.H. (1963) *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico.* Madrid, España: Rialp.
- Bell, J. (1980) *Técnicas Proyectivas. Exploración de la Dinámica de la Personalidad.* Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bender, L. (1974) *Test Gestáltico Visomotor (6ª edic).* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Corman, G. (1971) *El test de la Familia*. Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Die Trill, M. (2003) *Psico-Oncología*. Madrid, España: ADES.
- Fernández Álvarez, H. (1992) *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fernández Ballesteros, R. (1981) *Psicodiagnóstico*. Madrid, España: UNED.
- Gomila, M.V. (2005) *Test Proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínico*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona.
- Goodenough, F. (1974) *Test de inteligencia infantil por medio del dibujo de la figura humana*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Heller, E. (2005) *Psicología del Color*. Alemania: Gustavo Gil
- Jung, C.G. (1979) *El Hombre y sus Símbolos*. Madrid, España: Aguilar.
- Jung, C.G. (1999) *Obras Completas*. Madrid, España. Trotta.
- Koppitz, E.M. (1989) *El Dibujo de la Figura Humana en los niños*. Buenos Aires, Argentina: Guadalupe.
- Pérez, P. (1989) *Test Gráficos: Aproximación a una teoría de la Técnica*. Rev. De la SERYMP. 2, 5-24.
- Rabin, A.I. Y Haworth, M.R. (1966) *Técnicas Proyectivas para niños*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Rapaport, D. (1985) *Test de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Rodulfo, R. (1999) *Dibujos fuera del papel*. Barcelona, España: Paidós.

- Siquier-Ocampo, M.L. (1974) *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Diagnóstico*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.