

Creatividad: su expresión en la psicosis

*María Aranguren*¹
*Tania Elizabeth León*²

1. INTRODUCCION

El propósito de este trabajo, es estudiar el concepto de creatividad y, como el mismo se expresa en la psicosis. Se consideran ambas nociones desde una concepción psicoanalítica, tomando fundamentalmente la obra de Winnicott. Para ello, se realiza una lectura analítica de la obra de Winnicott con la finalidad de establecer las características principales del desarrollo saludable y su relación con la creatividad, evaluando: a) el desarrollo del infante y el concepto de salud en relación a la creatividad; b) la zona intermedia de la experiencia: fenómeno transicional y objeto transicional y; c) el proceso terciario.

Asimismo, se tienen en cuenta los aportes de otros autores psicoanalíticos clásicos y actuales. En este sentido, se abordan algunos puntos clave de la obra de Freud y de Klein, con el objeto de indagar acerca de la postura de ambos autores sobre la expresión de la creatividad en la psicosis. Se pretende esclarecer la relación entre los conceptos: psicosis y sublimación, delimitando sus alcances y repercusiones en la expresión de la creatividad de los individuos psicóticos.

¹ Licenciada en Psicología. Doctoranda Pontificia Universidad Católica Argentina. Becaria de Formación de Posgrado del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET). Profesora de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía. UCA.

Agradecimiento: Las autoras agradecen a la Lic. Leila Heer por las sugerencias y orientaciones recibidas para la elaboración de este trabajo de investigación.

² Licenciada en Psicología. Adscripta de las Prácticas Académicas en el Hospital José T. Borda. Facultad de Psicología y Psicopedagogía. UCA.

Por último, se analizan las posibles implicancias clínicas de la creatividad en el tratamiento con pacientes psicóticos, considerándola como un recurso que siendo fomentado puede favorecer el bienestar de las personas. Con este propósito, se examinan, de manera circunscripta, algunos aportes del arteterapia, técnica dirigida a facilitar la expresión y conexión con el propio *self*.

2. CREATIVIDAD COMO POTENCIAL INNATO

2.1. *Los aportes de Winnicott al concepto de creatividad*

2.1.1. *El desarrollo del infante y el concepto de salud en relación a la creatividad*

Uno de los objetivos de este trabajo, es estudiar el concepto de creatividad desde la teoría de Winnicott. Para Winnicott (1971/2005), la creatividad es universal, en tanto corresponde a la condición de estar vivo. De allí su carácter de potencial, presente en todos los seres humanos y capaz de ser desplegada. Otros autores también definen a la creatividad como un impulso vital de todos los seres humanos (Escobar y Gómez Gonzalez, 2006; Ettiene, 1991; Garbarino, 1990).

Durante la primer etapa del nacimiento Winnicott (1965/1993) considera que, el infante está casi permanentemente no integrado. Aquellos momentos de integración que experimenta el niño se deben al sostén que le brinda la madre al infante, tanto físico como emocional. Actualmente el concepto de sostén –*holding*– es traducido como amparo, siendo su opuesto el sentimiento de desamparo (Rubinstein, 1992).

Esta primera etapa es denominada *dependencia absoluta*, la cual acontece debido a una intensa identificación de la madre con el niño desde el embarazo hasta aproximadamente el año de vida de su hijo (Quesada Mendoza, 2007). Este proceso de identificación ha sido denominado por Winnicott (1965/1993) como *preocupación materna primaria*, ya que la madre está preocupada por su bebé y siente que el niño es una parte de ella misma. Además, plantea que la madre suficientemente buena reconoce cuáles son las necesidades del infante, responde acordemente a ellas y, no las suplanta por las suyas propias.

La siguiente etapa que atraviesa el infante, es la denominada etapa

de *omnipotencia infantil*. Si durante este período la madre continúa adaptándose de forma óptima a las necesidades del infante, el niño se vuelve capaz de creer que el *objeto satisfactor* –pecho–, conoce todo lo que él desea y al mismo tiempo, puede creer que dicho objeto es creado por él mismo (Quesada Mendoza, 2007). En este momento, se sientan las bases del sentimiento de omnipotencia: el infante tiene la sensación de creación y control de todo lo que lo satisface. Esta primer sensación, de crear algo por sí mismo, inaugura la existencia de una vida interna, una realidad que le pertenece a él y no a los demás. Esto es denominado por Winnicott (1971/2005) como: *apercepción subjetiva* y es lo que hace que la vida valga la pena de ser vivida.

Por otro lado, la percepción objetiva implica la capacidad del niño para darse cuenta de que el pecho no es parte de él, a través del contacto con la realidad y del creciente influjo que ésta ejerce sobre su percepción. Sin embargo, es menester señalar que la *apercepción subjetiva* no desaparece con el influjo de la realidad, sino que, se vincula con ella; es la que permite en la vida ulterior el desarrollo de la ilusión, la imaginación y el juego en el niño (Bonovitz, 2003).

En la tercera etapa, denominada *hacia la independencia*, se incrementa la percepción objetiva, mediante las frustraciones óptimas que la madre suficientemente buena va facilitándole al niño. Las frustraciones óptimas refieren a actitudes que paulatinamente toma la madre mediante las cuales no satisface completamente la demanda del niño. Esta conducta materna está basada en lo que el infante puede tolerar y son óptimas en el sentido que la madre se adecúa a lo que su hijo necesita. De esta manera, el niño no resulta traumatizado por dichas frustraciones, sino que aprende a esperar. De a poco, siguiendo este proceso, la madre irá ausentándose del lado del infante. Por consiguiente, el niño debe poder instrumentar nuevos recursos que le permitan afrontar y mitigar la ansiedad que le provoca esta ausencia. Entre estos nuevos recursos, el niño implementará al objeto transicional (Winnicott, 1971/2005).

Si estas etapas son transitadas de manera óptima, en función de las necesidades del niño y, si la madre es previsible y constante en cuanto a las respuestas que ofrece frente a estas necesidades, el infante puede tener un mundo interno propio desde el cual vivencia subjetivamente sus experiencias y participa de una realidad objetiva compartida con otros seres humanos. La capacidad de vincular ambos aspectos –objetivos y subjetivos– refiere a un desarrollo saludable.

El desarrollo saludable está vinculado con la capacidad del individuo de sentir que es él mismo a través del tiempo (Winnicott, 1958/1984). La madre siendo suficientemente buena le permite al niño el *seguir siendo*. Este seguir siendo refiere a cierta sensación o sentimiento interno de *continuidad existencial*, concepto definido por Winnicott como “una especie de proyecto para el existencialismo” (pág. 112). Gracias a los cuidados maternos el infante continúa siendo y continúa experimentando que el ambiente que lo rodea responde a sus necesidades.

Con el desarrollo de la continuidad existencial se va manifestando el *self* verdadero. Winnicott (1958/1984) define al *self* verdadero como aquel que habilita el gesto espontáneo y las ideas personales, auténticas del sí mismo. Sólo el *self* verdadero puede ser creativo y sentirse real. La madre debe convalidar los sentimientos que provienen del *self* verdadero del infante, reconociendo que esas necesidades *son* del niño.

Conjuntamente con el desarrollo del *self* verdadero, el individuo desarrolla el *self* falso, que puede presentarse de manera normal o patológica en el individuo. Del lado de la salud, el *self* falso tiene como función primordial la de proteger y ocultar al *self* verdadero. Winnicott (1965/1993) lo define como aquel que permite el desarrollo de una vida social y cortés ya que inhibe las descargas que provienen del proceso primario. En cambio, el *self* falso se torna patológico cuando predomina por sobre el *self* verdadero, impidiendo en el individuo el desarrollo de gestos espontáneos e ideas personales y creativas.

En relación a lo anterior, Winnicott (1965/1993) plantea la existencia de dos modos de vivir, a) el acatamiento y; b) el vivir en forma creadora. El acatamiento es resultado de una sobreadaptación al mundo que lo rodea. Esta sobreadaptación, es concebida como un encaje, y se relaciona con un sentimiento de inutilidad y futilidad por parte del individuo (Winnicott, 1971/2005). Esta manera de vivir es considerada en términos psiquiátricos como una enfermedad, y está relacionada con el falso *self* patológico. El rasgo principal de estos individuos, es la sumisión y la imitación. La segunda modalidad se caracteriza por un vivir en forma creadora, siendo considerado éste, un estado saludable vinculado al óptimo desarrollo del *self* verdadero. Este estado implica el ser y sentirse real, como base del obrar del individuo, indicando que aquél que es, está vivo. En este sentido es que Winnicott, señala que la vida sólo es digna de ser vivida cuando

la creatividad forma parte de la experiencia del individuo, ubicando a la creatividad del lado de la salud mental. Otros autores también han analogado ambos conceptos, enfatizando la creatividad como un concepto vinculado al juego, al disfrute, al pensamiento simbólico, a la trascendencia y a la autorrealización (Maslow, Rogers, Frankl, Csikszentmihalyi, Sternberg, entre otros). Teniendo en consideración lo hasta aquí expuesto, es que se hace posible pensar la promoción de la creatividad como un recurso para la salud mental.

Winnicott (1971/2005) distingue la creación de la creatividad, señalando que la creación se refiere al producto —obra, cuadro, poema— mientras que la creatividad es un concepto más amplio y universal. Para Winnicott no se requiere de un intelecto privilegiado para el desarrollo de la creatividad, sino de un ambiente que haya promovido el desarrollo de las potencialidades que todos poseen por el hecho de estar vivos. Asimismo, concibe a la creatividad desde la cotidianidad, ya que todo puede ser creativo, si el individuo siente que es él quien realiza dicha acción. De allí, su concepción de que el *ser* ha de preceder al *hacer*, ya que en caso contrario el hacer carecerá de sentido (Winnicott, 1971/2005). Entonces, la creación está del lado del hacer y la creatividad del ser.

Núñez (1990, en Churba, 2009) señala que si la madre es suficientemente buena, el infante desarrolla una zona de ilusión, en la cual se verifica una paradoja. Esta paradoja refiere a la omnipotencia infantil en la que el niño a través de la apercepción subjetiva, crea algo que ya existía objetivamente en la realidad. En este momento, se inscribe en el interior del niño un objeto que no proviene de su interior, ya que no es una alucinación, pero tampoco es del exterior porque él lo ha creado, quedando como símbolo de la unión y separación de la madre. Este símbolo es el objeto transicional.

2.1.2. Zona intermedia de la experiencia: fenómeno transicional y objeto transicional

Winnicott (1971/2005), define a la zona intermedia, como “la que se ofrece al bebé entre la creatividad primaria y la percepción objetiva de la realidad” (pág. 29). Esta zona le permite al individuo mantener separadas y a la vez interrelacionadas a la realidad subjetiva y a aquella percibida objetivamente permitiendo explicar cómo se da el *pasaje* de la vida subjetiva pura a la incorporación paulatina de una

vida objetiva y, articulando también la descripción de los objetos y fenómenos transicionales.

En los comienzos de la vida existe en los niños una tendencia a entretener en la trama de su vida personal objetos distintos del Yo, siendo capaces esos objetos de representar al pecho materno (Winnicott, 1971/2005). De esta manera, esos objetos funcionan como sustitutos de la madre en aquellos momentos en que el niño está solo (eg. por irse a dormir o con el ánimo deprimido) calmando la ansiedad producto de la ausencia materna. Los fenómenos transicionales, son los pensamientos o fantasías que acompañan esta relación con el objeto. Además, sugiere que los objetos transicionales comienzan a tener existencia en la vida del niño, aproximadamente entre los cuatro a seis meses hasta los ocho a doce meses de edad. El objeto transicional no es un objeto interno ni externo sino que es una posesión (Winnicott, 1971/2005). El niño adquiere derechos sobre el objeto como anteriormente lo hacía con el pecho, pudiendo ser amado o mutilado por el niño.

Winnicott (1971/2005) expresa que el significado que se le da al objeto transicional proviene de la imagen interna que el infante tiene de su madre. La significación otorgada se mantiene en la medida en que la madre está viva internamente en el niño. Si por el contrario el infante pasa por un período prolongado sin ver a su madre o ella no se encuentra disponible para el niño, se pierde esta significación que le fue otorgada al objeto y, en consecuencia, el objeto transicional deja de ser utilizado por el niño.

Por último, es importante considerar que este objeto no se olvida, ni está sujeto a un proceso de duelo, sino que simplemente pierde significación. Esto se debe a que, se da un desplazamiento de todos los sentimientos atribuidos a esta relación con el objeto, a una nueva relación adulta que se establece entre el sujeto y la vida cultural.

2.1.3. Proceso terciario

En 1900 Freud distingue entre dos tipos de procesos psíquicos: primario y secundario. Según Freud el proceso primario está caracterizado por la identidad de percepción, el principio de placer, energía libre e inconsciente, y el proceso secundario, por la identidad de pensamiento, el principio de realidad y energía ligada (Zonis de Zukerfeld y Zukerfeld, 2004).

Autores postfreudianos postularon la existencia de un proceso

terciario, llamado así no en función del orden sino en función de su carácter mediador. Green (1972/2001) lo define como aquel que permite una conexión entre el funcionamiento del proceso primario y el secundario. Este proceso intermediario, permite que ninguno de ambos procesos mencionados se presenten en forma saturada, es decir, que no predomine uno sobre el otro, ya sea en el discurso o en las actitudes del sujeto. Así, en el funcionamiento del proceso terciario, se presentan elementos del proceso primario y del secundario, sin prevalecer unos sobre otros sino que coexisten sin entrar en contradicción. Asimismo, Green señala que si se utiliza un modelo en donde a sea el proceso primario, y b sea el proceso secundario, c no implica al proceso terciario. Por el contrario, el proceso terciario debería ser representado por una x y podría describirse como $a(x)b$ o $b(x)a$, de modo que sea realmente un proceso de relación. El proceso terciario es entonces un proceso intermedio que vincula a los componentes: a y b .

En síntesis, se puede decir que la creatividad es universal, es un recurso de la personalidad y propio de individuos que han tenido un ambiente capaz de sostenerlos e impulsarlos al desarrollo sucesivo de determinadas etapas que aseguran la constitución del sujeto de forma saludable. Teniendo en consideración esto, Winnicott vincula al *self* verdadero con el proceso primario y articula el concepto de *self* falso saludable como aquella conducta social y cortés del sujeto para con el medio que lo rodea. Se podría pensar en este tipo de *self* falso –el vinculado con la salud– como representante del proceso secundario. Entonces, la salud y, en consecuencia, la creatividad, surgiría de la óptima articulación entre el proceso primario y el secundario respectivamente. En este sentido se puede decir que la creatividad depende de la constitución de un espacio transicional o proceso terciario que permita una fluida interacción entre ambos procesos psicodinámicos.

3. PSICOSIS Y CREATIVIDAD

La psicosis es conceptualizada de diferentes maneras según la corriente teórica que se considere. En la historia del psicoanálisis, desde Freud hasta el momento, se han desarrollado dos grandes corrientes del pensamiento que implican distintos modelos sobre la comprensión psicopatológica: las teorías centradas en el déficit y aquellas centradas en el conflicto.

El modelo que señala al conflicto como eje central en la comprensión psicopatológica, caracteriza al mismo como el resultado de una oposición entre fuerzas que se resisten activamente unas a otras. En la neurosis este conflicto es entre el Yo y el Ello; mientras que, la psicosis fue descrita por Freud (1924), como una ruptura de la relación entre el Yo y la realidad. Debido a intensas frustraciones, el psicótico desmiente la realidad y la sustituye por una acorde a sus deseos (Killingmo, 1989; Ingelmo, Ramos y Mendez, 1998; Panceira, 1992).

Por el contrario, para la teoría del déficit, la patología no está basada en el conflicto –aunque exista–, sino en una carencia que Winnicott (1971/2005) denominó *falla materna*, haciendo referencia a algo que debería haber acontecido en la infancia del sujeto pero que no aconteció. Se considera que el tratamiento debe basarse en la construcción de aquello que falta, tratando de construir significados y buscando, en definitiva, que el individuo sea capaz de sentir que algo existe (Killingmo, 1989; Panceira, 1992).

En función de lo dicho anteriormente, sobre las dos corrientes del pensamiento, se entiende que la conceptualización y tratamiento de la psicosis dependerá de la teoría subyacente de la que se haga uso.

3.1. Desde la teoría psicoanalítica clásica: Freud

Freud (1914) en “Introducción al narcisismo” señala que el retiro de las catexis libidinal de los objetos y su retorno al Yo, crea el estado narcisístico secundario propio de la psicosis. Asimismo, agrega que las fijaciones tempranas durante el desarrollo son uno de los factores causantes de la psicosis. Las consideraciones realizadas por este autor son de gran valor para poder diferenciar a la neurosis de la psicosis. Freud señala que en ambas existe una falta de interés por el mundo y por las cosas. Sin embargo, distingue que en la neurosis se sustituye a los objetos reales por objetos fantaseados. En cambio, en la psicosis, la libido sustraída de los objetos no es reemplazada por la fantasía, sino que vuelve y se enquistaba en el Yo.

Es menester considerar que según Freud (en Omenat, 2006) la creatividad y el quehacer artístico están relacionados con el mecanismo de defensa característico de la personalidad madura, la sublimación. Laplanche y Pontalis (1967/1996), definen a la sublimación como “un proceso postulado por Freud para explicar ciertas actividades humanas que aparentemente no guardan relación con la

sexualidad, pero que hallarían su fuerza de la pulsión sexual” (pág. 415). Entonces, la pulsión sexual se sublima en la medida que se dirige hacia un nuevo fin no sexual, y apunta hacia objetos socialmente valorados. Fenichel (1957/1997), aclara que las sublimaciones se diferencian de gratificaciones sustitutivas de carácter neurótico por su desexualización. Además, agrega, que el requisito previo para el logro sublimatorio es la organización de los impulsos pregenitales bajo la supremacía genital.

Anna Freud (1954/1997) señala que la sublimación presupone la aprobación o, por lo menos, la existencia del Superyó como instancia psíquica. Asimismo lo describe como un mecanismo “más propio de la salud que de la neurosis” (pág. 57). Es decir que la sublimación es un mecanismo de defensa evolutivamente avanzado, capaz de acceder en personas que traspasaron el complejo de Edipo —con el Superyó como su heredero. Así, desde el psicoanálisis tradicional y teniendo en consideración lo hasta aquí desarrollado, la creatividad no puede darse en estructuras que no hayan alcanzado la represión, y que por tanto, no puedan acceder a la sublimación.

3.2. Desde la teoría de las relaciones objetales

3.2.1. Klein

Las consideraciones de Klein en relación a la creatividad, la sublimación y la psicosis son similares a las de Freud, en cuanto a la necesidad de un desarrollo evolutivo avanzado, para el logro de una actividad creativa. Sin embargo, difiere de Freud sosteniendo que el Yo como instancia psíquica, se desarrolla tempranamente. Se considera a Klein como la fundadora de la Teoría de las Relaciones Objetales. La diferencia central entre el psicoanálisis postulado por Freud y la Teoría de las Relaciones Objetales se centra en cómo conciben a las pulsiones. Para Freud, el infante en los inicios de la vida, persigue la gratificación pulsional que le brindan los objetos. En cambio, la teoría de las relaciones objetales, enfatiza que la relación con el objeto se basa en la necesidad de establecer un vínculo con un otro significativo.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que Klein (1930/1991) postula la existencia de dos posiciones que se establecen en el desarrollo evolutivo de las personas. En primer lugar, la posición esquizoparanoide caracterizada por la relación que el Yo temprano del niño tiene con un objeto, que Klein denomina como objeto-

pecho, haciendo alusión al pecho de la madre, la cual no es concebida como una persona total, sino fragmentada. Así, el objeto pecho es dividido en dos: a) en un pecho idealizado, que satisface las necesidades del niño y que es considerado como dador de todo lo que él necesita; y en b) un objeto-pecho malo, persecutorio capaz de aniquilar al Yo y al objeto ideal. En este sentido, ubica a la escisión como un proceso inconsciente, mediante el cual se mantienen separados sentimientos contradictorios. Asimismo, Klein concibe que el niño proyecta al exterior todo lo que considera como malo pero después, para poder controlarlo lo introyecta, incrementando de esta manera su ansiedad persecutoria. Luego tiene lugar la etapa depresiva en la que el infante integra estos aspectos, dando cuenta de que el daño hecho al objeto pecho malo, también afecta al objeto pecho bueno. Se presentan concomitantemente los sentimientos de culpa y la necesidad de reparación. En este sentido, Segal (1985, citado en Omenat, 2006), señala que para Klein la capacidad creativa se encuentra asociada a la recreación de los objetos perdidos. También expresa que para dicha autora la capacidad de hacer frente a la posición depresiva es la condición previa para lograr la madurez artística. En síntesis, para Klein los individuos psicóticos no han logrado atravesar la posición depresiva de manera exitosa lo que, como consecuencia, imposibilitaría la creatividad como expresión individual.

Existen algunas diferencias entre Klein y Winnicott que se pueden establecer en función del simbolismo. Laplanche y Pontalis (1967/1996), definen al símbolo como “evocador de algo ausente o imposible de percibir” (pág. 406). Los símbolos en su acepción general, implican la comprensión de un proceso que consiste en la transferencia del interés de un objeto primario a uno secundario (Araos, 2005). Se observa que para la teoría kleiniana, cuando es elaborado el duelo por el primer objeto de amor —el pecho materno—, se establece como consecuencia la creación del símbolo. En cambio, para Winnicott el objeto transicional es el primer símbolo, aquél que se encuentra en la base de la creación de nuevos objetos de interés y, éste no sufre proceso de duelo jamás, sino que paulatinamente pierde significación, y se extiende a todo el campo cultural (Winnicott, 1971/2005).

3.2.2. Winnicott

En el campo de la psicopatología se daría según Winnicott (1971/2005) una precaria utilización de los objetos y fenómenos transicionales. La utilización del objeto transicional –en lugar de encontrarse al servicio de la fantasía creativa–, implica una creación interior tendiente a falsear la realidad externa. A esta tendencia a falsear la realidad externa subyace la negación de que exista la posibilidad de una separación con el objeto primordial, la madre (Romano, 1977). Así, todo el proceso de simbolización se ve perturbado. Zonis de Zukerfeld y Zukerfeld (2004) sostienen que en el campo ilusorio de la experiencia descrito por Winnicott los objetos son y no son, ya que lo que posibilita la existencia de los objetos es un vínculo con otro. El vínculo temprano deficitario, impide el desarrollo de esta área. Se necesita de la creación de un nuevo vínculo para el despliegue de las potencialidades innatas.

Es menester tener en cuenta que Winnicott (1958/1984) denominó pre-depresivos a los pacientes graves que no han podido evolucionar hacia la delimitación de un espacio que los separe del afuera, del no-Yo, que no han podido construir una alteridad. A diferencia de los neuróticos, prima el mecanismo de la escisión. Estos pacientes pre-depresivos, no tuvieron la posibilidad de experimentar la confianza con sus primeros objetos. En esta categoría ubica a la psicosis, y la define como una enfermedad que “representa una organización de las defensas, y detrás de la cual existe la amenaza de la confusión, de un derrumbe de la integración” (pág. 84).

La perturbación profunda y constante del infante en relación a sus necesidades básicas se debe a fallas ambientales también constantes y profundas, provenientes de una madre que no logra identificarse con el niño, ni con sus necesidades. Entonces, se suscitan determinados déficits en el desarrollo que alteran: a) el sentimiento de integración; b) el despliegue de la personalización y c) el desarrollo de una relación objetal madura. El sentimiento de integración implica el sentimiento unificado de ser uno mismo y de ser uno mismo a través del tiempo. Por ello en la definición de psicosis postula la existencia del derrumbe de la integración, ya que, lo que prima en la psicosis es el sentimiento de desintegración. El despliegue de la personalización es la función que le permite al individuo establecer una relación entre psique y soma, llevando su falla al desarrollo de sentimientos de despersonalización. Por último, la imposibilidad de experimentar

una relación objetal madura da como resultado una pérdida en el contacto de la realidad y sentimientos de desrealización.

Como consecuencia de todo lo anteriormente explicado, se da un derrumbe (*breakdown*) en el sentimiento de continuidad existencial, ya que la madre reemplaza las necesidades del niño por las suyas propias, lo que obstruye el desarrollo del sentimiento de *ser y sentirse real*, propio de la salud y de la creatividad. Asimismo, destaca que, se presenta en estos pacientes una ansiedad que denominó como inimaginable. Esta se produce directamente por la fragmentación del *self* no integrado que en óptimas condiciones era sostenido por el ambiente. Frente al desamparo, el niño tiene dos opciones: sucumbe o sobrevive. Si sobrevive debe convertirse en madre de sí mismo e incorporar masivamente el medio cuidador disfuncional, adaptándose a las necesidades que provienen de éste. En la psicosis el verdadero *self* queda sepultado y, en su lugar aparece el falso *self* facetado. El falso *self* facetado es producto de la introyección masiva de las pautas contradictorias y caóticas del medio materno.

La organización falsa que se erige como organización defensiva del *self* verdadero, se expresa mediante determinados sentimientos como son: la desvitalización, la dolorosa sensación de vacío y falsedad, la rigidez, la inmovilidad, todas las características que Freud atribuía a la pulsión de muerte y que Winnicott considera fruto de una existencia falsa (Nemirovsky, 1999). Usuelli Kluzer (1991) explica que la psicosis está caracterizada no tanto por la pérdida del sentido de realidad, sino más bien por una insuficiencia en la ilusión, una laguna en el espacio transicional, exponiendo al sujeto a la imposibilidad de dar sentido a la experiencia. Esta falta de sentido es la que se completa artificialmente por las ideas delirantes y proviene de algún modo de la intromisión de ideales ajenos.

En esta consideración, se puede observar el deterioro que produce la enfermedad mental en relación al sentirse real, la creatividad y la salud. Sin embargo, Winnicott (1971/2005) añade que “es preciso sobrentender la posibilidad de que no se produzca una destrucción total de la capacidad de un individuo humano para ese vivir creador y, de que aún en la circunstancia más extrema de acatamiento, haya una parte creadora” (pág. 97). Además, señala que un derrumbe mental puede ser un recurso sano de la personalidad en cuanto supone en el individuo la capacidad para utilizar un ambiente que por su hostilidad es inaccesible, para construir una existencia sobre una base que se sienta real. De esta manera, el sujeto buscaría aquello que

no tuvo y esto permitiría que se realicen acciones tendientes a intentar reestablecer o mejorar el funcionamiento mental del paciente psicótico.

Sintetizando lo hasta aquí desarrollado, se señala que en el caso de considerar a las proposiciones desarrolladas por Freud y Klein como verdaderas, difícilmente podría considerarse a la creatividad como un proceso posible de acaecer en las estructuras psicóticas. Esto se debe por un lado, a la consideración de Freud de que toda creatividad ha de estar supeditada o subordinada a la capacidad sublimatoria del sujeto. Y por otro lado, a las vinculaciones propuestas por Klein entre la creatividad y la posición depresiva. Sin embargo, un gran número de investigaciones posteriores a los desarrollos teóricos de Freud y Klein, indican que la creatividad se haya presente, en mayor o menor medida, en todas las personas, independientemente del cuadro psicopatológico que presenten (Eysenck, 1995; Ludwing, 1998; Simonton, 2005). Asimismo, si se tienen en cuenta otros desarrollos teóricos psicoanalíticos contemporáneos, el concepto de creatividad resulta más amplio y abarcativo que el de sublimación. En este sentido es que Zonis de Zukerfeld y Zukerfeld (2004) señalan que la creatividad es antagónica a la repetición y a su vez diferente y superadora de la sublimación.

En estrecha relación con lo anterior, Winnicott señala que, a pesar de que en la psicosis exista un menoscabo en el desarrollo de la zona intermedia de la experiencia, lo cual perjudica a la creatividad y a otros aspectos sanos de la personalidad, el individuo nace creador, y es dueño de una creatividad primaria que posee por el sólo hecho de estar vivo, lo que habilita a que esta capacidad sea fomentada. En este sentido, la creatividad es concebida como un aspecto que trasciende la posibilidad de haber alcanzado la sublimación o la posición depresiva, ya que se encuentra desde el nacimiento siendo una de sus vías de expresión, el gesto espontáneo (Winnicott, 1971/2005).

Por último, se ha de recordar que para Winnicott el potencial creativo en la psicosis puede no destruirse totalmente debido a la desintegración psicótica y, por otro, que las manifestaciones de la enfermedad en el ambiente implican la búsqueda de todo aquello que no tuvo. Esta búsqueda y esta creación no derrumbada completamente, dan cuenta de la posibilidad de trabajar terapéuticamente fomentando la creatividad conjuntamente con todas las potencialidades que han quedado detenidas en el desarrollo de estos individuos. Asimismo, si se tiene en cuenta que los actos creativos representan el surgimiento de algo auténtico, de algo verdadero del sujeto, se podría

pensar en la promoción de diferentes expresiones creativas (eg. poesías, pinturas), con la finalidad de hacer emerger la espontaneidad del *self*.

4. LA EXPRESION DE LA CREATIVIDAD EN LA PSICOSIS

Crear algo nuevo es hacer, hacer es producir, y la producción tiene –no desde una perspectiva utilitarista sino desde una visión psicosocial– un gran valor social, afectivo, y cognitivo para el sujeto involucrado en la tarea. La palabra crear deriva del latín *creare* y de *criar*, lo cual significa que una cosa empiece a existir donde no estaba. También la palabra está asociada etimológicamente a crecer (Schuff de Sor, 1994).

El individuo psicótico se siente vacío porque allí donde debería estar él –verdadero *self*– hay otro que habla –falso *self*. Está detenido en el desarrollo, en la etapa de la creación del objeto y del sí mismo (Ettiene, 1991). La tendencia a crear, se manifiesta en la creación de una nueva realidad, recurso *saludable* teniendo en cuenta que realiza esto para evitar la muerte psíquica. Esta tendencia hacia la creación, en el caso de ser fomentada por el medio puede llevarlo a realizar obras artísticas, dándole la posibilidad de encontrar a través de ellas un empleo u oficio.

La relevancia del estudio de la creatividad en la psicosis está relacionada con un cambio de mirada sobre la enfermedad mental, ya que si bien es una enfermedad grave que produce un considerable deterioro cognitivo, afectivo, emocional y social; también se ha de reconocer que todas las personas son poseedoras de un potencial, el cual, puede ser fomentado y desarrollado, dando *otro lugar, otro rol social* al individuo dentro de la comunidad.

4.1. Creatividad, Arteterapia y Psicosis

4.1.1. Arteterapia y psicosis

Para los propósitos del presente estudio, es fundamental distinguir las cualidades del arte de las del arte-terapia. El hacer arte por sí mismo posee cualidades terapéuticas, pero su meta final es la realización de un producto estético. En cambio, en el arte-terapia lo fundamental son la persona y el proceso creador en el que se sumerge el paciente para alcanzar los objetivos terapéuticos (Hafelin, 2008).

Además, para que sea alcanzado el objetivo re-socializador de la terapia, se necesita de un tratamiento interdisciplinario. En la actualidad, el foco de intervención principal es la psicoterapia individual y farmacológica, siendo ambas dos aún insuficientes para alcanzar los objetivos de un real tratamiento interdisciplinario. Es por esto que el arte-terapia puede ser de gran utilidad en el tratamiento de pacientes con problemas mentales severos, teniendo un rol importante como complemento del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de estos pacientes.

El arte-terapia es considerada como una modalidad de intervención que se ubica dentro del grupo de las psicoterapias de apoyo. La terapia de apoyo es una “terapia dirigida a largo plazo, para potenciar al máximo las fortalezas del paciente; restaurando su equilibrio psicológico y reconociéndolo, pero tratando de minimizar la dependencia hacia el terapeuta” (Hafelin, 2008, pág. 38). Este tipo de terapia tiene como objetivo ayudar al paciente a adaptarse a factores de vida estresantes, evitando el *insight* hacia deseos y defensas inconscientes (Gabbard, 2000/2009). Asimismo, es utilizada con frecuencia para tratar pacientes con serias debilidades yoicas siendo la construcción del Yo un aspecto esencial.

El rol del arte-terapeuta es proveer al paciente de lo que él no puede hacer por sí mismo funcionando como Yo auxiliar. Las fantasías, temores y sentimientos pueden ser expresadas de modo caótico, por la sensación de fragmentación que manifiestan estos pacientes. El trabajo se orienta a ofrecer una estructura con tiempo, límites, adentro y afuera, promoviendo la internalización de estos aspectos a nivel estructural. Señalar esto lleva a algunos interrogantes referidos a qué implica el arteterapia, qué cambios puede generar y cuáles son los sustentos teóricos que avalan esta técnica psicoterapéutica. Para responder a ellos es menester considerar que el arte-terapia es definida por la *British Association of Art Therapists* (Rudy y Milnes, 2008) como: “El uso de materiales artísticos para la autoexpresión y la reflexión en presencia de un arteterapeuta entrenado” (pág. 2), siendo el objetivo principal del profesional facilitar el cambio y el crecimiento del paciente, promoviendo un ambiente seguro y facilitador.

De esta definición, se desprenden varios aspectos a tener en cuenta. En primer lugar, se considera la característica de autoexpresión y reflexión, lo cual hace referencia a que el arte es un lenguaje plástico y flexible, una vía de comunicación del paciente con su

mundo interno (Res Tous, 2006). En la psicosis, la relación con el mundo externo está alterada, por lo tanto, el arte puede servirle al sujeto para comunicar sus sentimientos, fantasías y temores, y puede servir al profesional de la salud para entenderlo mejor y poder empatizar con algunas de sus vivencias. De esta manera, funciona como mediador entre el profesional y el paciente sirviendo a la unión y a la comunicación entre ambos. Además, el arte forma parte de la experiencia humana y representa un intento de darle forma y sentido a la realidad (Marinovic, 1994). Si se logra que a través del arte el sujeto pueda darle un sentido a la realidad y a lo vivenciado por él subjetivamente, se podría pensar en el arte-terapia como una de las intervenciones posibles en el tratamiento de pacientes que experimentan un déficit en el contacto con la realidad.

En la definición de arteterapia anteriormente expuesta, también se hace mención al logro de los objetivos terapéuticos *mediante* la utilización de materiales artísticos. Se subraya esta característica ya que el uso de los materiales artísticos permite amortiguar la intensidad de la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente psicótico (Rudy y Milnes, 2008). Se incluye aquí el concepto de terceridad en el proceso creador. Desde Winnicott esto podría pensarse a partir de fomentar el desarrollo de una zona intermedia o espacio transicional, que pueda propiciar la salud y la creatividad.

Se debe tener en cuenta que el objetivo general de esta disciplina es que el paciente crezca y logre un cambio a nivel personal. Esto se logra en parte, sosteniendo al paciente *-holding-* a través de un ambiente facilitador en el cual pueda desplegar las potencialidades innatas que quedaron congeladas en su desarrollo por un mal manejo ambiental (Winnicott, 1971/2005). Igualmente, es importante tener en consideración que para que se alcancen cambios terapéuticos, se necesitan de determinadas intervenciones terapéuticas que muchas veces traspasan el campo de la psicoterapia de apoyo. Así, se torna nuevamente relevante la necesidad de un tratamiento interdisciplinario para que el paciente obtenga un mayor y mejor bienestar.

4.1.2. *Efectos psicoterapéuticos del Arte-terapia*

Los efectos que el arte puede proporcionar a los individuos, son los siguientes: a) conectar la experiencia subjetiva con la realidad externa; b) promover orden, armonía, ritmo y proporción; c) producir catarsis y favorecer la clarificación emocional, permitiendo dar

forma e integrando sentimientos contradictorios; d) orientar y dar sentido a la realidad personal y al mundo mediante la utilización de símbolos y metáforas; e) estimular la imagería y el potencial creativo (Hafelin, 2008). Favorece la flexibilidad de pensamiento, la búsqueda de soluciones diferentes a los problemas y la capacidad de tolerar la ambigüedad. Estos beneficios pueden ser obtenidos por cualquier individuo que realiza una actividad artística. Además, debido al establecimiento de un *setting* terapéutico, fundado principalmente en la constitución de un vínculo de presencia y esperanza, se incluirán otros efectos provenientes directamente de las características de este abordaje.

El arteterapia puede contribuir al fortalecimiento de las diversas funciones yoicas, mejorando el sentido de competencia y autoestima, es un espacio que permite contener la ansiedad psicótica y es un vehículo para la interacción. Reyes (2007), subraya la posibilidad de que a través del arte-terapia, los pacientes logren mejorar sus defensas, reemplazándolas por algunas menos primitivas y más maduras. A su vez, esto propicia el desarrollo de un ego más maduro capaz de soportar mejor las demandas del entorno.

En estrecha relación con lo anterior, Rogers (1993) señala que la *conexión creativa* se genera a través del arte. El hacer arte estimula la autoexploración, ya que, al estar en contacto con colores, líneas y formas se dan movimientos de la vida interna que permiten la conexión del sujeto consigo mismo y con el mundo. Por su parte, Hafelin (2008) destaca que la espontaneidad y la conexión con el propio inconsciente son consideradas como virtudes del arte y por sobre todo fuentes verdaderas de creatividad.

En definitiva, el arte-terapia puede fomentar el desarrollo de habilidades y estados psicológicos que pueden inducir a algún *cambio psíquico* (Hafelin, 2008), pretendiendo como resultado, una manera más saludable de estar en el mundo. El cambio psíquico es un objetivo específico de las psicoterapias expresivas, las cuales se basan en el psicoanálisis clásico y se produce como resultado de un proceso de elaboración por parte del sujeto de una vivencia sentida como conflictiva o traumática. A la elaboración de esta vivencia se llega a través del logro repetitivo de *insight*. El *insight* etimológicamente significa *ver hacia adentro*, y es definido por Etchegoyen y Klimovsky (1986/1993) como una nueva conexión de significado que sirve justamente para aprehender una realidad a la que no se había podido tener acceso hasta ese momento.

La psicoterapia de apoyo trata de evitar el *insight* —que en condiciones adecuadas y de forma repetida llevaría a la elaboración. Sin embargo, Gabbard (2000/2009) aclara que la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia expresiva (orientada al *insight* y a la comprensión) no se presentan de forma pura en ninguna psicoterapia. De hecho, la mayoría de las psicoterapias de apoyo de este continuo brindarán por momentos *insight* y comprensión. La cuestión es saber *cómo y cuándo* apoyar y *cómo y cuándo* expresar (Gabbard 2000/2009). Así, según el momento en que se encuentre la terapia se puede hacer énfasis en uno u otro aspecto. En este sentido, Killick (1997) considera que el tratamiento de estos pacientes se divide en dos grandes momentos: a) cuando los objetos del arte funcionan como contenedores de las ansiedades psicóticas, pudiendo este período durar años; b) cuando el paciente está listo para hablar de aquello que representó a través del arte o actividad artística llevada a cabo. En esta etapa, los elementos son llevados nuevamente a la mente del paciente pero de manera más ordenada, contribuyendo a la integración de su ego. Si consideramos lo anteriormente establecido, en la primer etapa habría que enfatizar los elementos de apoyo y en la segunda etapa elementos expresivos que puedan llevar al *insight*.

Killick (1997) tendrá en cuenta tres áreas de comunicación dentro de la relación del arte-terapeuta con pacientes psicóticos, que resumen muchos de los aspectos considerados en este trabajo. En primer lugar destaca el área intrapersonal, que implica la vincularidad con los materiales artísticos; por otro lado el área intermedia: crea un área de juego en la que el paciente puede experimentar con objetos una actividad simbólica y aprender que no tiene efectos concretos con ellos mismos o en el terapeuta. Por último, destaca el área interpersonal, que implica la relación entre el paciente y el terapeuta, incluyendo las imágenes.

Como ya se ha señalado, la psicosis representa un grave daño en la atribución del sentido a la experiencia vivida, por lo cual el proceso terapéutico debe orientarse por mucho tiempo principalmente hacia la estimulación de las funciones yoicas, que permitan la diferenciación entre lo interno y lo externo, entre realidad y fantasía. El espacio transicional y su permanente *como si* pueden contribuir hacia un sentido de realidad. La actividad en el arte es una invitación a hacer y compartir durante el proceso terapéutico, en donde a partir del *hacer* se intentará hacer emerger el verdadero ser, la creatividad y la salud.

5. CONCLUSIONES

En este estudio se define a la creatividad como un potencial innato del individuo, estrechamente vinculado a la salud. La creatividad está presente desde el inicio de la vida y puede ser desarrollada si se encuentra un ambiente suficientemente bueno que lo posibilite. En los comienzos de la existencia del individuo este ambiente es representado por la madre. Debe ser ella la que habilite y dé validez a las expresiones espontáneas del infante. Los sujetos que han logrado un desarrollo saludable pueden ser y sentirse reales, como también pueden vivir cotidianamente de manera creativa, dotando a su medio cultural de aspectos subjetivos, sin desconocer los aspectos objetivos que la realidad presenta, aceptando la paradoja. En esta consideración, se concluye que los individuos sanos son creativos.

Por otro lado es importante enfatizar que los individuos que no tuvieron en su desarrollo un ambiente suficientemente bueno que promueva el despliegue de sus potencialidades innatas suelen manifestar síntomas psicopatológicos en algún momento de su vida. En el caso de la psicosis, es necesario tener en cuenta que está usualmente asociada a la pérdida de contacto con la realidad. Este aspecto está vinculado a las indicaciones de Freud en relación a la ruptura que se produce entre el Yo y la realidad en la psicosis. Por su parte, Winnicott subraya que en esta patología existe un déficit relacionado con la falta de ilusión, y la pérdida de sentido en la experiencia vivida. De esta manera, es relevante indicar que si nada tiene sentido para el psicótico, tampoco la realidad podrá adquirir valor alguno. Entonces, lo que se encontraría en la base de la pérdida de contacto con la realidad, es la falta de sentido, la falta de significación. De ahí que en el presente trabajo se sostenga que el arte, en tanto expresión que permite dar forma y sentido a la realidad y el arte-terapia, en tanto modalidad de intervención que privilegia la conexión con el propio *self*, sean herramientas útiles para el abordaje de pacientes psicóticos.

En esta modalidad de intervención, se fomenta el establecimiento de un buen vínculo terapéutico a través del uso de elementos que permitan el surgimiento de expresiones creativas. El arte-terapeuta debe ser previsible y confiable para ser significado por el paciente —como el niño lo hace hacia su madre. Posteriormente, el objeto utilizado en la labor arte-terapéutica puede tomar valor para el psicótico y, a partir de ese momento ser un objeto transicional. Esto fomenta la capacidad simbólica del individuo, ya que aparece un

objeto que representa algo, pero anteriormente debe haber un *algo* que tenga sentido para poder ser representado.

Todo lo dicho hasta aquí indica que el arteterapia puede ser una modalidad de intervención beneficiosa para los sujetos psicóticos. Desde el marco teórico desarrollado por Winnicott se entiende que el arte-terapia permite que se escenifique un proceso que no se constituyó, creándose una secuencia de situaciones que nunca fueron editadas. Asimismo, el arte promueve la posibilidad que emerjan elementos saludables como la espontaneidad, permitiendo el desarrollo de un espacio transicional mediante el cual el sujeto pueda encontrarle un sentido a la experiencia vivida. Involucrar el espacio transicional y su permanente *como si* puede contribuir hacia un sentido de realidad. La actividad en el arte es una invitación a hacer y compartir durante el proceso terapéutico en donde a partir del *hacer*, se intentará hacer emerger el verdadero *ser*, la creatividad y la salud. Además, es importante subrayar la repercusión que puede tener el arte-terapia en el desarrollo de habilidades sociales y laborales, que pueden ser implementadas en la vida cotidiana o consolidarse en un rol laboral.

Se ha de mencionar que una de las mayores dificultades del presente trabajo estuvo referida a la delimitación conceptual de la creatividad. En este sentido, es posible observar en la literatura científica referente al tema, la existencia de múltiples definiciones sobre la misma. Esto representa un obstáculo en la práctica de investigación, clínica y educacional. Es de esperar que en un futuro, los diferentes matices recuperados por cada definición puedan ser reflejados en una única delimitación teórica del constructo.

Además, una de las limitaciones de este trabajo es que adolece de material clínico que complementa los datos expuestos. Por otro lado, no se han abordado otras estrategias terapéuticas relacionadas con la creatividad —e.g. musicoterapia, danzaterapia—, lo cual hubiese permitido comparar distintos métodos y técnicas con el fin de enriquecer los conocimientos hasta aquí discutidos. Por último, se ha de señalar que el arte-terapia es una herramienta que permite promover la creatividad en tanto factor inherente a la salud en las personas. Sin embargo, queda pendiente evaluar en mayor profundidad qué otros factores concomitantes intervienen en el tratamiento de pacientes psicóticos incrementando la eficacia terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

- ARAOS, F. (2005) Psicoanálisis, Rorschach y Creatividad: una condensación integrativa. *Terapia psicológica*, 1, 59-64.
- BONOVITZ, C. (2003) The cocreation of fantasy and the transformation of psychic structure. *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (5), 553-580.
- CHURBA, C. (2009) Winnicott y Creatividad, una compilación de trabajos externos. Extraído el 12 del mes de mayo del 2010 desde <http://psicoetra.blogspot.com/2009/02/winnicott-y-creatividad-una-compilacion.html>
- ETCHEGOYEN, R. H. Y KLIMOVSKY, G. (1993) *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1986).
- ETTIENE, S. M. (1991) En el borde del abismo: creatividad y psicosis. *Revista de psicoanálisis*, 48, 1093-1108.
- EYSENCK, H. J. (1995) *Genius: the natural history of creativity*. Cambridge, England, Cambridge University Press.
- FENICHEL, O. (1997) *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. (M. Carlinsky Tr.) México, Paidós (Trabajo original publicado en 1957).
- FREUD, A. (1997) *El yo y los mecanismos de defensa*. (Y. P. Cárcamo y C. E. Cárcamo Tr.) México, Paidós (Trabajo original publicado en 1954).
- FREUD, S. (1914) Introducción al narcisismo. *Obras Completas*, Vol. XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1979.
- (1924) La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis. *Obras Completas*, Vol. XIX, Amorrortu, Buenos Aires, 1979.
- GARBARINO, H. (1990) El ser en la creatividad. En: H. Garbarino (EPPAL) *El ser en psicoanálisis*, (págs. 49-50), Montevideo.
- GABBARD, G. O. (2009) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. (V. Horigian Tr.) Buenos Aires, Médica Panamericana (Trabajo original publicado en 2000).
- GREEN, A. (2001) *De locuras privadas*. Amorrortu, Buenos Aires (Trabajo original publicado en 1972).
- HAFELIN, P. (2008) “¿Puede la actividad plástica ayudar en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos?” Tesis de licenciatura no publicada. Universidad de Chile.
- INGELMO, J.; RAMOS, M. I. Y MÉNDEZ, J. A. (1998) Intervenciones psicoanalíticas específicas: trastornos por conflicto intersistémico y trastornos por déficit. *Revista AEN*, 66. Extraído el día 5 de febrero del 2010 en: <http://www.slowmind.net/timologinews/especificas.pdf>
- KILLICK, K. (1997) Unintegration and containment in acute psychosis. En: K. Killick & J. Schaverien (Eds.) *Art, Psychotherapy and Psychosis*, (págs. 38-51) London: Routledge.

- KILLINGMO, B. (1989) Conflict and Deficit: Implications for Technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 65-79.
- KLEIN, M. (1991) *Envidia y gratitud y otras obras*. Paidós, Vol. III, Buenos Aires (Trabajo original publicado en 1930).
- LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, J. B. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. (F. G. Cervantes Tr.) Paidós, Buenos Aires (Trabajo original publicado en 1967).
- LUDWING, A. (1998) Method and Mandes in the Arts and Sciences. *Creativity Research Journal*, 11, 93-101.
- MARINOVIC, M. (1994) Las funciones psicológicas de las artes. *Letras De Deusto*, 62, 199- 207.
- NEMIROVSKY, C. (1999) Edición-reedición: reflexiones a partir de los aportes de D. W. Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. *Aperturas Psicoanalíticas*, N° 9, Revista de psicoanálisis en Internet. Extraído el 10 de septiembre del 2009 en: www.aperturas.org
- OMENAT, M. (2006) Aproximación al Proceso Creativo. *Revista de Arteterapia y Artes*, 1, 6-10.
- PANCEIRA, A. J. (1992) "Concepto de psicosis en Winnicott". *Memorias del Primer encuentro Latinoamericano de Winnicott*, Noviembre, Buenos Aires.
- QUESADA MENDOZA, D. C. (2007) El surgimiento el símbolo en el niño. Obtenido el 25 de abril del 2010 en: <http://sopac-leon.com/soppac/Articulos%5Celsugimiento.pdf>
- REYES, P. (2007) El Potencial relacional del Arteterapia en la Intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. *Revista de Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 109-118.
- RES TOUS, C. (2006) "De la fortaleza vacía a la casa habitada". Trabajo presentado en el primer Congreso Nacional de Terapias Creativas, Noviembre, Barcelona.
- ROGERS, N. (1993) Person-Centered. Expressive arts therapy. Extraído el 12 de abril del 2010 en: <http://www.sonic.net/~nrogers/PCEArtsArticle.pdf>
- ROMANO, E. (1977) Objeto transicional: su status teórico. *Revista de psicoanálisis*, 34, 601-640.
- RUBISTEIN, M. A. (1992) "Contribuciones al desarrollo del psiquismo". *Memorias del Primer encuentro latinoamericano de Winnicott*, Noviembre, Buenos Aires.
- RUDY, R. Y MILNES, D. (2008) Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia. *La biblioteca Cochrane*

- Plus*, 2. Extraído el día 19 de junio de 2009, en: <http://www.update-software.com>.
- SCHUFF DE SOR, C. G. (1994) Creatividad y vínculos. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 16, 107-128.
- SIMONTON, D. K. (2005) Creativity and psychopathology. Contemporary answers to an ancient question. Extraído el 31 de mayo de 2009 en: <http://psychology.ucdavis.edu/simonton/samplepaper175.pdf>
- USUELLI KLUZER, A. (1991) La ilusión en la obra de Freud y Winnicott: un valor controvertido. *Revista de psicoanálisis*, 48, 136-149.
- WINNICOTT, D. (1984) *La familia y el desarrollo del individuo* (Ricardo, D. Tr.) Hormé, Buenos Aires, (Trabajo original publicado en 1958).
- (1993) *Exploraciones psicoanalíticas I* (N. Rosenblatt Tr.) Paidós, Buenos Aires, (Trabajo original publicado en 1965).
- (2005) *Realidad y Juego* (M. Florear Tr.) Buenos Aires/Barcelona: Gedisa (Trabajo original publicado en 1971).
- ZONIS DE ZUKERFELD Y ZUKERFELD, R. (2004) Procesos Terciarios. *Revista latinoamericana de psicoanálisis*, 6, 195-214.

Trabajo presentado: 09/03/2011

Trabajo aceptado: 19/04/2011

María Aranguren

E-mail: maria.aranguren@yahoo.com

Tania Elizabeth León

E-mail: tanialeon86@gmail.com

