

## Componentes traumáticos del sufrimiento en el final de la vida. Una aproximación desde la arteterapia en cuidados paliativos<sup>1</sup>

Nadia Collette Birnbaum<sup>2</sup>

Recibido: 27 de septiembre 2020 / Aceptado: 29 de noviembre 2020

**Resumen.** Sabemos perfectamente huir del conocimiento aterrador de que somos mortales y construimos en la quimera de que la vida no se acaba. Las enfermedades avanzadas son un enorme desafío a esta realidad, tanto para las personas enfermas como para sus familiares. La amenaza de la muerte, más tangible que nunca, produce pánico y sume en una sensación de caos, con manifestaciones de trauma psíquico. El sufrimiento derivado es complejo y multifactorial. Se necesitan modelos teórico-prácticos que permitan a los profesionales atender adecuadamente las múltiples necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de las personas con sufrimiento. Este es un trabajo profundo de restauración de la integridad, para ayudar a un proceso de morir con dignidad y en paz. La arteterapia, como tratamiento complementario holístico e integrador, contribuye en cuidados paliativos a que la persona encuentre los recursos internos necesarios para regularse y adaptarse. Acompañada en una relación de seguridad, la persona establece conexiones sanadoras con su condición espiritual, a la cual la creación artística facilita el acceso.

**Palabras clave:** Arteterapia, cuidados paliativos, sufrimiento, trauma.

[en] Traumatic components of suffering at the end of life. An approach from art therapy in palliative care<sup>3</sup>

**Abstract.** We perfectly know how to flee from the terrifying knowledge that we are mortal and build ourselves in the chimera that life does not end. Advanced diseases are a huge challenge to this reality, both for ill persons and their relatives. The threat of death, more tangible than ever, produces panic and leads to a feeling of chaos, with manifestations of psychic trauma. The derived suffering is complex and multifactorial. Theoretical-practical models are needed that allow professionals to adequately address the multiple physical, emotional, social and spiritual needs of persons who suffer them. This is an in-depth integrity restoration work, to lead to help a process of dying with dignity and peace. Art therapy, as a holistic and integrative complementary treatment, contributes to palliative care so that the person finds the necessary internal resources to regulate and adapt. Accompanied by a safe relationship, the person establishes healing connections with his/her spiritual condition, to which artistic creation facilitates access.

**Keywords:** Art therapy, palliative care, suffering, trauma.

**Sumario:** 1. Introducción: características generales de la situación de fin de vida y abordaje desde los cuidados paliativos. 2. Ejemplos de sufrimiento en el final de la vida. Componentes traumáticos. 3. Un modelo antropológico del yo asustado por la muerte y el yo profundo para la aproximación al sufrimiento. 4. Repercusión en la intervención de arteterapia. 5. Casos ilustrativos. 6. Reflexiones finales y conclusión. 7. Referencias bibliográficas.

**Cómo citar:** Collette Birnbaum, N. (2021). Componentes traumáticos del sufrimiento en el final de la vida. Una aproximación desde la arteterapia en cuidados paliativos, *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación para inclusión social*, 15, 203-213.

### 1. Introducción: características generales de la situación de fin de vida y abordaje desde los cuidados paliativos

El objetivo de este artículo es ayudar a entender la complejidad de la etapa final de la vida, con el propósito de optimizar la intervención de arteterapia en este contexto. La primera mitad del escrito ofrecerá teorías transversales que permitan construir un amplio marco de trabajo para abordar el sufrimiento y su impacto traumático. La segunda mitad, centrada en dos ilustraciones clínicas, relacionará estas teorías con la experiencia real de las personas sufrientes cerca de la muerte.

<sup>1</sup> La arteterapeuta es contratada por el Instituto de Investigación del hospital gracias a una financiación de la Fundación Mémora.

<sup>2</sup> Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona  
E-mail: [collettenadia8@gmail.com](mailto:collettenadia8@gmail.com)

<sup>3</sup> *The Art Therapist is hired by the hospital's research institute through a grant from Fundació Mémora.*

Una enfermedad grave como un cáncer, una insuficiencia orgánica o el SIDA, cuando progresa a una fase avanzada, representa una terrible amenaza para la integridad de la persona. Si en las fases más tempranas no faltan los factores potencialmente traumáticos, como enterarse del diagnóstico o transitar por los tratamientos invasivos con frecuentes efectos secundarios, en las fases finales se multiplican e intensifican los factores de sufrimiento (Benito et al., 2011). Darse cuenta de la extensión irreversible de la patología, padecer dolor u otros síntomas, acumular cada vez más pérdidas funcionales, sentir más inminente la pérdida de la vida misma producen un miedo intenso y un estrés prolongado. Podemos hablar del trauma de morir, que puede llegar a ser tan grande que la persona cae en una paradójica sensación: desear que la muerte en sí ocurra, no por no querer vivir, sino por no poder soportar más el sufrimiento provocado por la anticipación de la muerte.

En tales condiciones son frecuentes las peticiones desesperadas de eutanasia, explícitas o encubiertas (Güell et al., 2015). Al margen de los debates ideológicos sobre la libertad de decidir poner fin a la propia vida, cuando surge una petición así, es importante diferenciar si es como escapatoria de un contexto de vivencias traumáticas o, en caso de conseguir aliviarlas, si se mantiene la petición como la expresión reflexionada de una necesidad de decidir el cierre vital.

Para abordar estas situaciones de gran vulnerabilidad en enfermedades avanzadas y terminales, la atención especializada indicada son los cuidados paliativos (Sepúlveda et al., 2002). Su objetivo principal es el alivio del dolor y de otros síntomas, y también del sufrimiento, siempre multifactorial. Los cuidados paliativos afirman la vida, que incluye la muerte, y por consiguiente consideran el morir como un proceso normal. Tratan a cada persona como un individuo único y autónomo, con el cual debe existir una comunicación abierta y honesta. Dirigen su atención al núcleo paciente – familia, considerando que en torno a cada persona que vive un proceso de fin de vida, hay también un círculo de allegados que atraviesan la situación de enfermedad y posteriormente de duelo. Con cierta frecuencia ocurre que son ellos, expuestos al deterioro de su ser querido, desde la impotencia o incluso la culpabilidad de no poder ayudar a revertir una situación irremediable, los que solicitan que “todo se acabe cuanto antes”. Creyendo así proteger a la persona enferma, la mayoría de las veces se protegen a ellos mismos del duro proceso que les hace sufrir. Un alivio solo puede provenir de una atención integral y un acompañamiento compasivo, que engloba el entendimiento más profundo posible de lo que está sucediendo.

## **2. Ejemplos de sufrimiento en el final de la vida. Componentes traumáticos**

Es tremenda la realidad en sí de saber la propia muerte muy cercana. Pero si se suma la forma inadecuada en que, muchas veces, los facultativos comunican las malas noticias, puede romperse bruscamente y peligrosamente la configuración mental de la propia integridad. El carecer de sintonía emocional, refugiarse en tecnicismos incomprensibles o no dedicar el tiempo apropiado provoca en lo/as pacientes situaciones de shock o aturdimiento, en las cuales pueden irrumpir síntomas propios del trauma psíquico: miedo intenso, ataques de ansiedad, insomnio, imágenes intrusivas reales o imaginadas, pensamientos obsesivos, hipervigilancia, o también incredulidad, insensibilidad, irritabilidad, falta de concentración, despersonalización, abatimiento (Ganzel, 2018). Se suman a las crisis de dolor o de otros síntomas físicos, las dificultades de comunicación del/la paciente con sus familiares, la sensación de no ser tenido/a en cuenta en la toma de decisiones, las preguntas atormentadoras sobre qué va a pasar, precipitando la persona enferma en una percepción de caos y desesperación. Además, el recuerdo de traumas antiguos y los síntomas de estrés post traumático son susceptibles de reactivarse o exacerbarse debido a la situación de final de vida, llevando a vivencias extremadamente angustiantes (Nosek et al., 2015).

Estas circunstancias también producen un largo e intenso estrés en el cuidador principal y/o los demás familiares. Junto con los rasgos y antecedentes personales o interpersonales, constituyen factores de riesgo susceptibles de provocar duelos complicados (Payás, 2010).

## **3. Un modelo antropológico del yo asustado por la muerte y el yo profundo para la aproximación al sufrimiento**

Dos perspectivas complementarias permiten aproximarse adecuadamente al sufrimiento en la clínica. La primera aborda todos los problemas evitables, con el objetivo realista de aportarles solución. Por ejemplo, el alivio de síntomas gracias a los medicamentos, cada vez más desarrollados y específicos, o las dificultades emocionales y prácticas, gracias al soporte psicológico y social. La segunda perspectiva aborda las cuestiones que no se pueden evitar, porque se derivan de nuestra condición existencial como seres humanos. Aquí arraigan grandes y radicales preguntas sobre el por qué le toca algo así a uno/a, por qué hay que morir o qué sentido tiene la vida si es para llegar allí. Sería irrealista buscarles solución, porque no la hay como tal y que la humanidad persigue respuestas desde los albores de su existencia. Tanto paciente como profesional, cada uno/a desde su momento vital, comparten igualmente estas inevitables cuestiones. Pero no quiere decir que no se pueda buscar humildemente un alivio mutuo del dolor que causan. Y la fuente de este alivio está en el acompañamiento humano recíproco, profundo y auténtico.

En los sistemas sanitarios occidentales actuales, mientras la primera perspectiva está en general bien desarrollada (con prioridad en el enfoque farmacológico), la segunda suele brillar por su ausencia. Los cuidados paliativos

representan casi una excepción, procurando actuar desde las dos vertientes, pero es largo el camino para llegar a generalizar la filosofía holística de esta disciplina sanitaria. Una publicación de referencia abre este camino en la práctica clínica, consensuando una definición operativa de la espiritualidad como “un aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad a través del cual las personas buscan el sentido último, el propósito y la trascendencia; y experimentan una relación con uno mismo, la familia, los otros, la comunidad, la sociedad, la naturaleza, y lo significativo o sagrado. La espiritualidad se expresa a través de creencias, valores, tradiciones y prácticas.” (Cobb et al., 2012). Es un paso importante para poner a punto herramientas de detección de las necesidades espirituales, intervenciones para acompañarlas y métodos de evaluación para comprobar su eficacia.

Balfour Mount (2007), médico canadiense considerado el padre de los cuidados paliativos en Norte América, publicó un importante estudio cualitativo centrado en el concepto de espiritualidad en el final de la vida, en el cual participaron sus pacientes hospitalizados. El objetivo era observar y explicar cómo era posible que determinado/as pacientes en un estado inicial de gran angustia y sufrimiento conseguían recuperar una sensación de mayor integridad personal y plenitud, con lo que alcanzaban morir en paz. Habiéndoles entrevistado previamente, descubrió que todos/as habían vivido un tipo u otro de experiencia relacional, a partir de la cual la manera en que veían su propia situación había cambiado. Emergieron tres categorías de relación: 1) con uno mismo o intrapersonal (sentimiento de integridad y encuentro de sentido a la propia existencia), 2) con los demás o interpersonal (ser reconocido como persona y respetado en su dignidad, amar y ser amado, estar en armonía con las relaciones presentes y pasadas) y 3) con lo demás / el inconsciente colectivo / lo trascendente o transpersonal (posibilidad de vivir en sus obras, ser recordado y dejar un legado, tener confianza y esperanza en una dimensión superior, que sea Dios, el cosmos, la historia, la naturaleza, etc.). Por el evidente efecto beneficioso que estas relaciones tenían en los/as entrevistados/as, el investigador las denominó “conexiones sanadoras”. Como el ser humano, por definición antropológica, es un ser eminentemente relacional, estas conexiones son un potencial innato en todo individuo y podemos incluso calificarlas de homeostáticas, por su poder regulador del equilibrio de salud. Sin embargo, vimos anteriormente cómo múltiples obstáculos sanitarios y también personales, familiares, culturales y sociales son susceptibles de bloquear este proceso relacional natural, impidiendo que una transformación tenga lugar y conduciendo demasiadas veces a procesos del morir extremadamente angustiosos y traumáticos.

El médico y la psicóloga expertos en cuidados paliativos Michael Kearney y Radhule Weinger (2012), profundizaron con su capítulo “Cuidado del alma” en la línea abierta por Balfour Mount. Allí exploran la relación entre el miedo a morir y el sufrimiento, apoyándose en conceptos de la psicología de la profundidad de Jung (1955; Kreinherder, 1991) y en premisas de la filosofía budista (Ashish, 2010). Proponen una ola del mar como metáfora de la psique humana. La cresta de la ola, pequeña parte respecto a su totalidad, representa la consciencia. Contiene el ego, la “sala de control” de la psique que, en este modelo, es la parte en nosotros que teme a la muerte. En efecto, es consciente de que implica la pérdida de uno mismo, cuando su función más importante es precisamente salvaguardarlo, mantener el *statu quo*. El resto de la ola, mucho más grande, representa el inconsciente. Se divide en tres partes, desde la que sobresale del mar singularizándose, hasta la que llega a lo más profundo del océano. La primera, propia de la ola particular, compone el inconsciente personal y subjetivo (recuerdos, instintos, emociones reprimidas). La segunda, que se mueve entre la ola individual y su unión con las aguas, es el inconsciente colectivo, un universal objetivo, compartido por todos los seres humanos. Jung (1955) hipotetiza aquí los arquetipos, como patrones de sabiduría que se activan en circunstancias específicas, tales como crisis o transiciones importantes de la vida. La tercera parte de la ola, que baja hasta la corriente más profunda para fundirse en ella, es un flujo energético que conecta la ola individual con las otras olas, las otras psiques. Las tres partes forman un conjunto que sostiene la cresta de la ola. Metafóricamente, forman el soporte de la autoconciencia o raíces inmateriales de la psique. Los autores lo denominan “alma”, pero se puede intercambiar el término con profundidad de la psique. Contiene aquello en nosotros que no teme a la muerte. Estas múltiples capas de la ola, no estáticas y con diferentes energías, no tienen jerarquía de valor, son un tejido dinámico que simboliza el movimiento constante entre lo consciente y lo inconsciente.

Para entender la dinámica del ego asustado, hay que considerar cómo debe ser para él, subido a la cresta de la ola, cuando mira hacia abajo: una enorme sensación de vértigo. Todo lo que ve e imagina hacia las profundidades desconocidas y oscuras representa una inmensa amenaza. Todo aquello le es ajeno, como la muerte, y le provoca terror. Huye más aún arriba de la cresta, como a un último refugio, territorio familiar de lo conocido, racional, material, literal y controlado que le tranquiliza (por ejemplo, obsesión por pautas muy estrictas de medicación, pruebas y análisis, resistencia ante la creación libre y el trabajo metafórico). Pero el alivio encontrado allí es efímero. En el irrevocable proceso de morir, defenderse y protegerse así, aferrándose a todo lo que resuena a seguridad, también tiene como consecuencia distanciarse y desconectarse del potencial sanador de lo profundo o misterioso. La rigidez de este ego ansioso y aterrorizado está en el origen del “dolor total”, término acuñado por Cicely Saunders (1984) que expresa el máximo sufrimiento: los síntomas físicos se disparan con la disociación o incluso la fragmentación entre cuerpo y alma, produciendo la sensación de alienación, aislamiento y falta de sentido.

El ego asustado precisa cuidados adecuados para procurar evitar la espiral creciente de miedo y esto pasa por atender no solo los aspectos biológicos de la enfermedad, sino también la esfera emocional y espiritual de la persona enferma. Kearney y Weinger (2012) observan que cuando el ego asustado del paciente se encuentra con el ego asustado del sanitario, una dinámica de lucha y huida se activa. En un enfoque orientado a los tratamientos curativos y poco o nada a la psique, el sufrimiento existencial traumático descrito aquí (en general no bien identificado por la

persona ni diagnosticado por el profesional), hace que el/la paciente experimente una sensación de sobre-tratamiento y/o de abandono. Para la superación del trauma, el experto Bessel van der Kolk (2015) concreta que en la relación terapéutica: “Necesitamos a alguien que no tenga miedo de nuestro terror y que pueda contener nuestra rabia más oscura, alguien que pueda salvaguardar nuestra integridad mientras exploramos las experiencias fragmentadas que hemos tenido que mantener en secreto [...]”. (p.239)

#### 4. Repercusión en la intervención de arteterapia

Kearney y Weininger (2012) consideran que la arteterapia (entre otros tratamientos integradores) es una intervención indicada para llevar la atención al alma. No olvidemos que el fundamento de la disciplina es la calidad relacional (básica para el establecimiento de conexiones sanadoras), existente entre los tres protagonistas de un triángulo terapéutico: la persona acompañada, su obra y el/la arteterapeuta. Incluida en la atención de un equipo de cuidados paliativos, contribuye a que la persona pueda encontrar en sí misma los recursos necesarios para responder y adaptarse a la amenaza certera de la cercanía de la muerte. Sin embargo, los dos autores insisten en que solo será efectiva si el/la terapeuta está familiarizado/a con una práctica suficiente sobre lo profundo en sí mismo/a (introspección, elaboración de las propias pérdidas, mirada personal hacia la muerte y el morir), muy anterior al encuentro terapéutico. Este viaje interior es lo que influirá en la calidad de presencia (forma de comportarse y comprometerse, forma de ser) ante la persona en crisis, facilitando que pueda emerger aquella aptitud sanadora inmersa en la psique de cada uno de nosotros. Sin trabajo terapéutico hacia lo profundo, nuestros autores ponen en guardia de que este tipo de intervenciones se quedan en una falsedad, en simples técnicas de refuerzo del ego, disfrazadas de terapias complementarias o integradoras.

Si comparamos, por una parte, las fases por las cuales transita el yo durante el proceso creador artístico, descritas por teóricos de la psicología del arte a partir de postulados sobre todo psicoanalíticos (Ehrenzeit, 1973; Fiorini, 1995, citados por Zurbano Camino, 2007) y, por otra parte, el modelo metafórico del yo asustado por la cercanía de la muerte, encontraremos interesantes paralelismos (Collette, 2019).

- Primera fase: “proyección y exploraciones”. El yo de un/a creador/a explora el territorio mediante sus materiales e ideas iniciales, situándose en lo consciente y ya conocido. Es una zona de la psique bajo control, aunque como lo hemos visto, de alivio efímero para lo que nos ocupa aquí.
- Segunda fase: “captación inconsciente y transformaciones”. En búsqueda de nuevas formas, el yo del/la creador/a se sumerge en lo caótico del inconsciente, hasta que consiga organizar una fracción de caos. Si la persona enferma en situación traumática está lo suficientemente entregada a su trabajo creativo (nuestra vinculación y responsabilidad relacional tiene en eso mucho peso), es en esta zona donde su yo podría dejar de agarrarse al control y entrar en contacto con este “toque tranquilizador” que emana de corrientes más profundas. Es cuando puede experimentar la sensación de que “hace uno/a” con su obra, algo que se asemeja al estado o sentimiento oceánico. Ha sido descrito como una experiencia donde, por un momento, se deja de percibir un límite entre el yo y el mundo, se siente pertenecer a un todo mucho mayor, en una unión mística con el universo. La pueden experimentar las personas religiosas y las que no lo son. Confiere una sensación de eternidad, de seguridad última, incluso ante el peligro, es la certidumbre de que uno no puede quedarse fuera del mundo (Comte-Sponville, 2006). Para Freud (2017), el arte puede tener este impacto en las personas, como un potente medio para poder alejarse del sufrimiento.
- Tercera fase: “culminación de búsqueda y asimilación”. El yo asimila como suyo lo recién producido en el territorio de lo desconocido, llevándolo a lo consciente e integrándolo poco a poco a lo conocido. Cuerpo y mente, disociados como defensa ante el terror, vuelven a unirse en la acción creadora y, si la hay, en la interpretación creadora, originando una nueva mirada.
- Cuarta fase: “separación”. La obra creada va adquiriendo una existencia independiente y el yo del/a creador/a tendrá que aceptar dejarla, si quiere proyectarse en un nuevo ciclo. Pieza artística y biografía personal están en paralelo: es necesario pasar por un duelo de ellas para proseguir en el camino de creación de una nueva obra (López Fernández Cao & Martínez Díez, 2006), sea artística o de transformación personal. En una etapa de la enfermedad de imposible curación, todavía es posible y hasta el último momento, la sanación de la psique, alejada del ego amenazado y entregada al flujo misterioso de las corrientes energéticas profundas: el morir, como una transición hacia otro estado existiendo en el universo. A partir de aquí, cada cual según sus creencias y convicciones.

Esta modelización metafórica ofrece un marco antropológico, filosófico, psicoanalítico y psicoterapéutico para entender mejor la situación clínica y adecuar la intervención de arteterapia en consecuencia. Por otra parte, algunas de las hipótesis ya formuladas desde estos saberes podrán verse confirmadas, matizadas o refutadas desde la neurociencia. Damasio (2010), reconocido investigador responsable del *Institute for the Neurological Study of Emotion and Creativity*, explora la función homeostática de la existencia de las artes en nuestra especie. Describe cómo entran en estos mecanismos hormonas y neuromoduladores implicados en los circuitos cerebrales responsables del desarrollo de los incentivos. Por lo que nos interesa aquí, sugiere que si las artes han perdurado en la evolución biológica es

en primer lugar por su valor terapéutico, protegiendo a los humanos ante el sufrimiento. Considera que las artes son “el homólogo biológico de una dimensión espiritual en los asuntos humanos” (p.442).

Como profesionales de la arteterapia comprometido/as con nuestra disciplina, tenemos el deber ético de formarnos, actualizarnos y desarrollarnos continuamente, a fin de ofrecer lo mejor en la relación de ayuda. Sin embargo, recordemos que la clínica es acompañar a personas reales en situaciones de gran complejidad. Ofrecer lo mejor es aprender o crear modelos teórico-prácticos, pero también pasa por reconocer que los procesos observados pueden distar de la teoría. Los modelos tienen que adecuarse a las vivencias y necesidades de las personas y no las personas “encajar” con calzador en los modelos. Muchos elementos influyen en que no todo ocurra de la manera teorizada ideal. Circunstancias biológicas, biográficas, factores transferenciales, mecanismos de defensa ajenos o propios, expectativas, pero también falta de sintonía, olvidos, errores son unos ejemplos de dificultades que tenemos que afrontar de manera permanente, sumadas a la apremiante carencia de tiempo, propia de la intervención al final de la vida.

## 5. Casos ilustrativos

Los fundamentos y la metodología detallada de la intervención han sido publicadas con anterioridad (Collette, 2015; Collette et al., 2020). Brevemente, recordamos que es el equipo médico y psicológico de cuidados paliativos quién recomienda a un/a paciente participar en arteterapia. Las sesiones son individuales, de aproximadamente 60 minutos, en la habitación del/la paciente, con una frecuencia diaria o en días alternos, según su elección. La participación de algún familiar es ocasional, dependiendo de su presencia cuidadora en el hospital y de las necesidades relacionales observadas por la arteterapeuta en cada caso.

A continuación, el caso 1 pretende ser un sobrevuelo general de la situación de un paciente para el cual no fue posible una transformación profunda y duradera del sufrimiento. Sin embargo, no quiere decir que la intervención no haya sido beneficiosa, por las conexiones relacionales que pudieron establecerse, por lo menos de forma transitoria, representando un alivio para la persona en medio de tanta angustia. En el caso 2, donde sí se produjeron cambios sólidos para la paciente, la descripción del proceso arteterapéutico es más detallada y se complementa por imágenes de las obras.

### *Caso1: La superficie o nada*

AM es un hombre de 44 años, con un sarcoma paravertebral diseminado de una evolución de 5 años, acompañado por sus padres, hermana y novia. Realizamos 7 sesiones en el transcurso de 17 días.

Monitor de educación física y gran aficionado de surf clásico, AM reaccionó ante el diagnóstico y los duros ciclos de quimioterapia con disciplina corporal y mental adquirida y con el temperamento de un luchador en guerra contra su enfermedad. Ahora que las metástasis se han multiplicado y su estado general se ha deteriorado mucho, intenta seguir la estrategia conocida, aunque le cueste un gran esfuerzo. Sus palabras acerca de lo preparado que se siente para aceptar la muerte cuando sea el momento sugieren, en un inicio, que integra bien la información médica paliativa. Sin embargo, tolera difícilmente su malestar y a la mínima manifestación sintomática, con frecuencia reclama dosis extra de calmantes. A pesar del deterioro, el oncólogo accede a su petición de reanudar un tratamiento de quimioterapia, lo que sigue alimentado su patrón familiar.

AM quiere aprovechar las sesiones de arteterapia para aplacar y controlar su preocupación creciente. Muy perfeccionista, se lanza en la copia minuciosa de una fotografía encontrada en Internet: un Martín-Pescador volando en picado hacia aguas invisibles. Lo califica de agresivo, en acción de combate y con el pico como una espada. Peleándose con los instrumentos y los pigmentos, el paciente oscila entre la satisfacción por el desafío a sus fuerzas físicas y la frustración por el parecido insuficiente, a su juicio, con la imagen original. Pinta un fondo gris claro con pinceladas aleatorias alrededor del pájaro, en las cuales le parece que se puede imaginar la silueta de un lobo.

En paralelo a su trabajo de copia, le invito a incursiones creativas más intuitivas (garabatos con los ojos cerrados y la mano no dominante o registros gráficos de sensaciones y respiración), que encuentra gratamente sorprendentes y relajantes. Valora los significados no previsibles como una riqueza de la mente, pero sobre todo como otra forma de control que desconocía. Encuentra en los nuevos trabajos “Fuerza, protección, seguridad, importancia de salir de la zona de confort, luz”. Pero estos beneficios no duran. Al poco tiempo, una muy mala noche, con vómitos y más pérdida de fuerza, le postran en la cama. Dice: “Si hubiera tenido un botoncito para la eutanasia, lo habría apretado”. Ya no le apetece hacer nada, evoca con ira y tristeza contenidas al hombre dinámico que era antes. Algún intento de reanudar con la imagen de su Martín-Pescador le deja agotado.

En una ocasión, en busca de su esencia vital y con el modelo teórico de la ola en la cabeza, indago en su pasión: ¿Qué siente o piensa un surfista como él, al imaginar la inmensidad del mar debajo de su plancha? No sabe, no lo imagina. Me explica una teoría que se le acaba de ocurrir y le parece un poco extraña, pero es así: el mar no está hacia abajo sino hacia arriba. Lo que cuenta son las olas, que se aprovechan para surfear, llegando a “hacer uno con la ola”. No puede ni quiere imaginar más.

Una semana después de su primera alusión a la eutanasia, estima que todo va a peor y además se siente abandonado, porque el oncólogo ha retirado la quimioterapia, asegurándole ahora que solo le aportaría toxicidad. Verbaliza “ya ni siento tristeza, más bien estoy harto”. Entiende que la ley en este país no le permite acogerse a la eutanasia,

pero en estas condiciones, sí preferiría estar dormido para no pensar. El equipo médico paliativo sopesa recurrir a una sedación intermitente.

En una breve visita, tenemos un último intercambio sobre el surf. Me explica que cuando se muere un surfista, los compañeros realizan un ritual en el mar, en un lugar costero emblemático para el fallecido. Se disponen en círculo, cada uno sentado en su plancha y se agarran de las manos. El centro vacío del círculo simboliza el lugar donde todos se despiden del compañero, permitiendo que allí surfee para siempre. Recuerda a un amigo surfista muerto en un accidente de circulación y fue muy conmovedor. Se emociona. Le gustaría que hagan lo mismo por él y, a la vez, poder tener la suerte de verlo. Indago en sus creencias. Aunque en principio, no cree en un más allá, ahora reconoce que nadie ha vuelto para contar cómo es. En medio de su desmoralización, alcanzamos a celebrar esta apertura y la seguridad de que sus amigos realizarán el ritual en su honor. En mí, resuenan los ecos de las conexiones sanadoras inter y transpersonales.

Dos días después, AM sufre una fuerte crisis de dolor y agitación, que requiere del médico paliativista la administración de una sedación profunda.

### ***Caso2: En busca de las aguas templadas***

NV es una mujer de 53 años, con un sarcoma pélvico y metástasis pulmonares de una evolución de 2 años, cuidada por su esposo y sus dos hermanas. Realizamos en total 15 sesiones, distribuidas en 3 semanas de hospitalización.

Desde el inicio del proceso toma cierto protagonismo el invitar a salir de nuestro espacio de trabajo los jueces internos de la autocensura. Cuenta que en ella “¡hay por lo menos cuatro!”. Postrada en la cama por el dolor y la ansiedad, se muestra emocionalmente lábil, pero confiada y deseosa de ponerse en acción.

En la primera sesión propongo realizar un garabato con los ojos cerrados y la mano no dominante, y luego identificar figuras entre los trazos aleatorios. Resalta una figura de apariencia neutra (la cabeza de una mujer africana llevando un paño, prefiriéndola a una barca). Mientras, descarta elementos amenazadores (serpiente devorando un ratoncito, globo pinchado desinflándose), lo que me sugiere la existencia de miedos latentes y la posibilidad de un modo de afrontamiento evitativo.

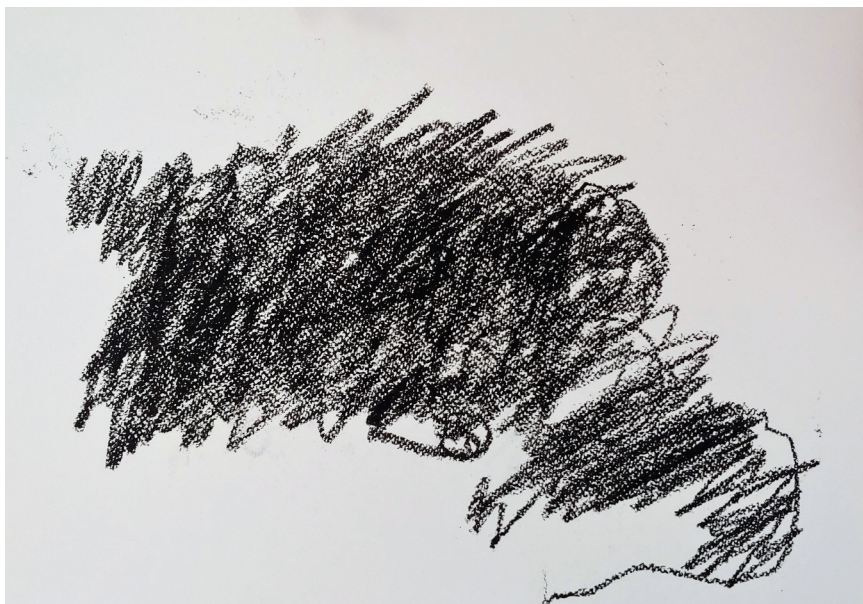


Inicia un collage en la segunda sesión y necesita varias más para finalizarlo. Sobre un soporte de color naranja (para ella, sinónimo de renovación), en torno a las fotografías seleccionadas, se organiza un relato sobre su vida y sus valores: gusto por el contacto con la naturaleza, con los paisajes urbanos, culturales o religiosos que le permiten reflexión y recogimiento, necesidad de mostrarse disponible cuando los demás la necesitan, ternura, amor. Superando su duda por descartar dos imágenes que le producen respectivamente miedo y tristeza, decide finalmente incluirlas: un velero solitario en un mar extenso y un personaje esculpido de cara apenas llevando varias máscaras.

Durante esta parte del proceso aparecen asuntos pendientes familiares, de tipo relacional. Por múltiples circunstancias difíciles, NV asumió desde niña y de manera inconscientemente retroalimentada por la familia, un rol protector de todos, que no tenía que haber sido el suyo. Mayor de tres hermanas, tiene la sensación de haber perdido un tiempo valioso, volcada en su hermana pequeña, considerada conflictiva. Tardando mucho en vivir la vida que le toca, ayudada por su esposo, por fin lo había conseguido cuando irrumpió la enfermedad. Ahora mirando al pasado y a la ausencia de

futuro, siente mucha ira. Durante esta hospitalización ha pensado alguna vez en escribir una carta a su hermana pequeña. Lo ve como una necesidad: “Quiero deshacer los nudos que hay en la cuerda, curarme por dentro”. Pero se pregunta cómo alcanzar un tono ajeno al rencor, que no causara culpabilidad a ninguna de las dos. Esta cuestión la atormenta.

Siente bloqueos, recuerda el miedo “atroz” vivido dos años antes, que la paralizó un largo tiempo antes de atreverse a la primera consulta médica. Un miedo, según ella, aprendido en el seno de la familia, de que “hospital” equivalía a experiencias gravísimas y a muerte. Mientras lo evoca, empieza a aflorar mucho nerviosismo, que le provoca temblor. Invitada a seguir, verbaliza su mayor temor, su obsesión, de que su final no fuera apacible sino preso de una gran tensión. Quisiera imaginarlo sin tragedia, yéndose sin apenas darse cuenta, como durmiendo. Pero le invaden visiones cargadas de dramatismo, especialmente por las noches. Cuando logra aplacarlas, el alivio dura poco. Con cara de angustia, accede a probar los materiales para explorar con ellos las fuertes sensaciones psíquicas que la asaltan. Escoge una cera negra y, al iniciar un trazo muy tímido y lento, espontáneamente cierra los ojos. Durante unos largos minutos, estando yo muy atenta a mis palabras y al tono de mi voz que espero lo más tranquilizadores posible, la animo a seguir. Abriendo los ojos y llorando intensamente, se pone a rayar el papel con cada vez más amplitud y fuerza, hasta que poco a poco el trazo vaya perdiendo vigor. Ante la opción posterior de callar o hablar, escoge lo segundo, porque siente que, si no, le “va a estallar la cabeza”. Ésta se mueve en un gesto de negativa, la invito a escuchar lo que quiere decir este movimiento. Sus palabras van aflorando: no quiere la realidad tensa y dolorosa actual, quiere “otra realidad”, pero se desespera porque sabe que es imposible. Al expresarse, se va instalando en ella una respiración un poco más tranquila y nos centramos en tomar conciencia de esto en el aquí-y-ahora.



En sesiones posteriores, indagando en las emociones que le transmiten las fotos del collage, atribuye varios títulos según las zonas de la obra: “Amor incondicional” (el abrazo), “El fluir de la vida” (la ciudad bajo la lluvia, que interpreta desde la soledad de un individuo ante la muerte hasta la universalidad humana de un destino común; afirma que esto le aporta consuelo), “Esperando la tormenta” (el velero). Indago en este último territorio y expresa que le es imposible quedarse con lo visible en la imagen: mar tranquilo, barco suelto y monte en el horizonte. En su lugar le aparece una visión catastrofista: mar desmontado y soledad extrema del velero destrozado y a la deriva. Mientras crea su imagen mental, llevo su atención a su lenguaje corporal: tensión en la cara, puños apretados, colocados verticalmente, uno encima del otro y la invito a traducirlo a palabras. Se describe agarrada al mástil, paralizada, aterrorizada, tal como se siente tantas veces en las noches. La acompaño simbólicamente allí, validando con compasión su tremenda experiencia. En respuesta, algo en ella le hace reconocer que no sabe a ciencia cierta que este escenario vaya a suceder, sino que anticipa. Hace poco descubrió que, fijándose pequeños objetivos diarios de disfrute -cuenta entre ellos las sesiones de arteterapia- observa que su mente se queda un poco más en el ahora, haciendo provisión de calma. Me explica que la quiere para recordarla y tranquilizarse en los momentos de “miedo atroz”. Vuelvo a centrar su atención en la tarea del collage y encuentra un título para la zona que faltaba (personaje con las máscaras): “El yo más profundo”, en alusión a intentar estrenar su cara más auténtica. Un juez interno y el miedo a la palabra “profundo” la retienen un instante a escribirlo. Pero tomando conciencia, lo supera y se permite un juego caligráfico: traza las letras en vertical. Vuelve a pararse, respira profundo mirando al papel y añade tres puntos exclamativos. Después declara, reafirmada: “Soy yo. Aquí estoy”.



Siguen otros trabajos gráficos que dan lugar a más elaboración personal. Apartándose del rictus que ve en la foto de la escultura, sondea en su cara más auténtica. Acogiéndose a la imagen mental que asocia a un fragmento musical que le presento, profundiza en su proceso de duelo del padre: durante la escucha, le aparece la figura simbólica de un caballo, al cual atribuye las mismas cualidades que a la figura paterna, fuerza y confianza, lo que interpreta como un mensaje de su ser querido fallecido para afrontar la situación terrenal, antes de reunirse con él. Durante una visualización guiada en la que la invito a dirigirse progresivamente hacia “su árbol” (como metáfora de su persona), explica que le aparecen mentalmente dos árboles distintos, como en una televisión cuya imagen en pantalla estuviera cortada por la mitad. El primero le remite a un buen recuerdo, un sauce llorón precioso en un lugar parecido a una estación termal. Sitúa el segundo en un paisaje africano, pero no lo acaba de ver, solo intuye que es alto y fuerte. Como inspiración para pintar, esta imagen le atrae por su novedad, pero teme abandonar la primera, más conocida y segura. Como en otras ocasiones del proceso, un breve tiempo de indagación le permite decidirse: se atreverá a explorar gráficamente lo más desconocido. Allí encuentra un árbol de raíces fuertes, tronco ancho y frutos ocre. En su base, una pieza de agua, hacia la cual se dirigen animalitos amables, bajo un sol amaneciente. Incorpora un código personal: un signo “menos”, al lado de dos lágrimas, (una roja, por su ira y otra más grande, negra, por su miedo) y un signo “más”, al lado de unos cuantos pájaros azules, para ella símbolo de paz. Titula: “Fuente de vida”. Me da consignas para colgar la nueva lámina en la pared de su habitación, al lado de sus otros trabajos.



La intervención de arteterapia, integrada en la atención interdisciplinar, se fue desplegando en medio de episodios alternados de fuerte dolor y pánico (controlados por analgésicos y ansiolíticos) y de intentos repetidos de movilización.



ción postural, desde la cama a la silla de ruedas, finalmente conseguida respetando el ritmo de la paciente. La euforia que siente por este logro postural la lleva al deseo de “hacer más por su recuperación” y, al mismo tiempo, a la expectativa de que volver a un tratamiento de quimioterapia sería para ella una salvación. Sin embargo, en su situación, sería más perjudicial que beneficioso y sería un cruel engaño por parte del equipo alimentar su esperanza irrealista. El principio de comunicación abierta y honesta que rige la información médica en cuidados paliativos le hace toparse otra vez con la realidad. A la par, surgen en ella frustración y decaimiento. Durante una sesión de arteterapia, volvemos sobre estas cuestiones. Se da cuenta de que el pensamiento idealizado al cual había huido momentáneamente, en realidad le alejaba de sus objetivos de conexión vital en el aquí-y-ahora, único lugar posible para una esperanza realista. Invitada a asociar imágenes mentales al doloroso desajuste que se había producido, NV se sumerge en el mundo metafórico. Describe cómo, sin darse cuenta, había nadado hacia aguas muy calientes y repentinamente se había congelado en las más glaciales. Lo que ahora más necesitaba era buscar la zona de aguas templadas, quedarse en ellas y disfrutarlas.

Al día siguiente, propongo a NV un reencuentro con su trabajo rayado en negro, creado en medio de las lágrimas. Le sugiero buscar una orientación del papel adecuada al momento presente. En uno de los giros que da a la hoja, identifica la forma de una cabeza. Con gestos muy tímidos al principio, más firmes y amplios a medida que avanza la sesión, da toques de cera gris y luego blanca encima de los trazos negros, para matizarlos. Explica que tampoco quiere cubrir todo el espacio así, porque hay un miedo más resistente que inevitablemente sigue allí y quiere ser sincera con su trabajo. Le llaman la atención sus movimientos lentos y circulares. Una vez más, nos centramos en la traducción de este gesto a palabras. Primero, observa que le aportan tranquilidad. Luego, invitada a tomar conciencia de su respiración a la vez que de su mano, cierra los ojos. Al abrirlos, suelta una larga expiración y declara: “Vale, acepto”. Y después: “Es como si los quisiera envolver”. Alejo un poco la imagen y, al verla con distancia, afirma que representa su propia cabeza. Decide envolverla con colores. Pero tenemos que despedir a algunos más de sus jueces internos para que pueda pisar más firmemente el terreno de pruebas, llenando todo el espacio de papel restante. Afirma: “Tengo las armas, pero tengo que aprender cómo utilizarlas”. Con unos últimos toques de rojo entre las zonas más negras, expresa su deseo de que también su ira pueda ser alcanzada por su trabajo neutralizador.



En la pared de exposición de sus trabajos, pide una reordenación de las láminas, para que cuelguen, una al lado de la otra, la del primer día de proceso y la última. Después de una reflexión, declara que se parecen mucho y, sin embargo, que hay una gran diferencia entre las dos. La primera le parece de una factura infantil, mientras ve la segunda más profunda y madura.

En la siguiente y última sesión, me pide ayuda para redactar la carta a su hermana pequeña. El mensaje libera a NV del pasado pero, sobre todo, transmite amor, para que las tres hermanas, sea como sea, estén unidas.

## Últimos días

El verano interrumpe nuestro proceso presencial en las tres semanas siguientes (salvo una última visita), pero mantenemos un contacto puntual, gracias al correo electrónico con su hermana mediana. Un importante deterioro respiratorio se manifiesta, que requiere un ajuste de las dosis de opiáceo y tranquilizante. Luego disminuyen las reacciones, aumenta la somnolencia y, al poco, ocurre el fallecimiento. Tal como me lo comunica al día siguiente su hermana, NV se había marchado de la vida rápidamente, “sin casi darse cuenta”, acompañada por su familia, en paz.

## 6. Reflexiones finales y conclusión

- 1) El/la paciente con un estrés traumático debido al avance de la enfermedad, situación muy frecuente en cuidados paliativos, presenta un estado de hiperactivación somática. Se entremezclan, agudizados, los síntomas físicos específicos de la patología con los psicológicos y somatizados del trauma. Es necesario rebajar este nivel de activación para llevar al/la paciente a una ventana de tolerancia al trabajo psicoterapéutico (Payás, 2010; van der Kolk, 2015). Sin embargo, las estrategias psicológicas estándar, generalmente basadas en la cognición, de procesamiento descendente, se muestran poco eficaces. Estamos comprobando en la clínica que la arteterapia puede contribuir a esta reducción de la activación. Por ejemplo, en el caso de NV, el proceso de la imagen en Fig.2. De procesamiento ascendente, pone el cuerpo en acción creativa y permite una toma de conciencia posterior de las sensaciones y emociones en juego.
- 2) Cuando un/a paciente expresa su situación mediante una metáfora (especialmente una metáfora visual en la clínica de arteterapia), puede reflejar tanto su sufrimiento como su crecimiento personal. Por consiguiente, nos indica si para este/a paciente el símil expresa una necesidad o un recurso, ambos en el terreno simbólico, por lo tanto, espiritual. Por ejemplo, el campo léxico bélico utilizado por AM durante mucho tiempo fue para él un recurso útil para afrontar la enfermedad, pero en la etapa final, el pájaro agresivo indica una necesidad espiritual, en cuanto esta estrategia le conduce finalmente a una mayor alienación. AM evoca el pasado y el futuro, pero deja en completo suspenso la posibilidad de vivir el presente, considerado como un paréntesis inútil e inaceptable. En el caso de NV, comprobamos el efecto autoregulador de varias de sus metáforas explícitas e incluso podemos hipotetizar un trabajo terapéutico en lo implícito, con el ejemplo del mástil (necesidad) y el símil con la verticalidad de sus letras (recurso), ambos originados en la percepción somática (postura de las manos, visualización del terror).
- 3) El trabajo de duelo de la propia vida, específico de la situación paliativa, puede equipararse, en parte, al trabajo de duelo de un ser querido. A fin de cuentas, se trata de realizar la elaboración multidimensional (física, emocional, cognitiva, y comportamental) de una muy significativa pérdida. Aquí se ha abordado especialmente la vertiente traumática, pero no deja de ser ésta una de las etapas de un camino más amplio de integración y superación existencial. Por su abordaje holístico, la arteterapia puede representar una ayuda muy específica. No solo las cuatro dimensiones mencionadas arriba están en juego en la acción artística, sino que todas son partícipes de un efecto “armonizador” mayor, unido a la percepción homeostática de “lo bello” (Ishizu T & Zeki S, 2011). Lo ilustra, por ejemplo, en el caso de NV la transformación del espacio por la presencia y reordenación de las creaciones. Sugerimos que, en el trabajo de duelo abordado con la arteterapia, la espiritualidad no es una dimensión más a la cual se accede posteriormente al trabajo en las anteriores dimensiones, sino que representa un eje fundamental genuino e intrínseco a la intervención. De este modo, la espiritualidad accesible por la vía de la arteterapia atravesaría todas las dimensiones, al igual que lo hace la creatividad artística, con un potencial reparador en cualquiera de las etapas del duelo. Por ejemplo, en el caso de NV, se observa la transformación del resultado gráfico de un contenido traumático en Fig.5, así como una actitud inicialmente evitativa y luego integrativa en el proceso de la imagen en Fig.4.
- 4) En base al punto anterior, con un estudio pormenorizado de casos, la arteterapia en cuidados paliativos podría contribuir a identificar descriptores clínicos propios de las etapas del duelo específicos del final de vida. Por ejemplo, un descriptor de integración y transformación, como lo es la progresiva reconexión con la vida en el duelo por un ser querido, se presenta en sentido opuesto en el duelo por la propia vida. Lo transformador es la conexión con la muerte en lo profundo de la psique, generando de hecho una conexión con la vida presente de las mínimas cosas (Arnold & Lloyd, 2014). Lo ilustra la elaboración del material emocional relacionado con la imagen del velero en el collage de NV presentado en Fig.3. Otro ejemplo: el deseo de recuperarse y la esperanza de futuro son descriptores clínicos de integración en el duelo de un ser querido, pero constituirían (en un contexto de adecuada información médica del/la paciente) descriptores de protección/evitación en el final de la vida. En el caso de NV, imágenes mentales metafóricas ayudan a la comprensión de la huida hacia una esperanza irrealista.
- 5) Señalemos que aliviar los síntomas traumáticos en cuidados paliativos significa poder disponer del tiempo apropiado para una elaboración psíquica por parte de pacientes y familiares. Hemos visto en el caso de AM como la decisión de administrar quimioterapia, a pesar del importante deterioro de su estado general, resulta fútil y hace perder al paciente varias semanas con esperanzas irrealistas. Al final, adosadas contra el muro del inevitable

declive físico, las personas pierden la oportunidad de vivir otros tempos emocionales en un momento en el cual todavía les quedaría algo más de energía, lo que les favorecería una mayor posibilidad de adaptarse a la realidad.

En conclusión, a través de un acompañamiento compasivo en la creación artística, que opera de manera multidimensional y permite adentrarse en las profundidades de la psique, los/as pacientes en el final de la vida pueden adquirir recursos que les ayuden a desafiar la adversidad de su situación. Cuando se acaban los tratamientos curativos, es crucial abolir las palabras “ya no hay nada que hacer” y promover con tiempo la eficiencia de los tratamientos paliativos holísticos, que incluyen disciplinas integradoras como la arteterapia. Los sistemas sanitarios occidentales tienen pendiente contemplar como un derecho de las personas el poder morir “sanadas”, acompañadas y en paz.

## 7. Referencias bibliográficas

- Arnold BL, Lloyd LS. (2014). Harnessing complex emergent metaphors for effective communication in palliative care: a multimodel perceptual analysis of hospice patients' reports of transcendence experiences. *Am J Hosp Palliat Care*, 31(3): 292-299. DOI: [10.1177/1049909113490821](https://doi.org/10.1177/1049909113490821)
- Ashish SM. (2010). *What is man? Selected writings of Sri Madhava Ashish*. New Delhi, Penguin Books.
- Benito E, Mate J, Pascual A. (2011). Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *FMC*, 18(7): 392-400.
- Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B. (2012). *Oxford Textbook of spirituality in healthcare*. Oxford University Press. DOI: [10.1093/med/9780199571390.001.0001](https://doi.org/10.1093/med/9780199571390.001.0001)
- Collette N. (2015). Arteterapia en el final de la vida. Fundamentos y metodología de la intervención en una Unidad de Cuidados Paliativos. *Arteterapia – Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10: 65-85. DOI: [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_ARTE.2015.v10.51684](http://dx.doi.org/10.5209/rev_ARTE.2015.v10.51684)
- Collette N. (2019). Deepening the inner world. When art therapy meets spiritual needs. In: Wood MJ, Jacobson B, Cridford H, eds. *The international handbook of art therapy in palliative and bereavement care*. New York, Routledge: 3-16.
- Collette N., Güell E, Fariñas O, Pascual A. (2021). Art therapy in a Palliative Care Unit: symptom relief and perceived helpfulness in patients and their relatives. *J Pain Symptom Manage*, 61 (1): 103-111. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2020.07.027](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.027)
- Comte-Sponville A. (2006). *L'Esprit de l'athéisme. Introduction à une spiritualité sans Dieu*. Paris, Albin Michel, Le Livre de Poche.
- Damasio A. (2010). *Y el cerebro creó al hombre. ¿Cómo pudo el cerebro generar emociones, sentimientos, ideas y el yo?* Barcelona, Destino.
- Ehrenzweig A. (1973). *El orden oculto del arte*. Barcelona, Labor.
- Fiorini HJ. (1995). *El psiquismo creador*. Barcelona, Paidós.
- Freud S. (2017). *El malestar en la cultura*. Madrid, Akal (publicación original 1930)
- Ganzel BL. (2018). Trauma-informed hospice and palliative care. *Gerontologist*, 58(3): 409-419. DOI: [10.1093/geront/gnw146](https://doi.org/10.1093/geront/gnw146)
- Güell E, Ramos A, Zertuche T, Pascual A. (2015). Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliat Support Care*, 13: 295-303. DOI: [10.1017/S1478951514000121](https://doi.org/10.1017/S1478951514000121)
- Ishizu T, Zeki S. (2011). Toward a brain-based theory of beauty. *PLoS ONE* 6(7): e21852. DOI: [10.1371/journal.pone.0021852](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021852)
- Jung CG. (1955). In: Martin PW (ed) *Experiment in depth*. London, Routledge & Kegan Paul: 167.
- Kearney M, Weininger R. (2012). Care of the soul. In: Cobb M, Puchalski C, Rumbold B. *Oxford Textbook of spirituality in healthcare*. Oxford, University Press; 38: 273-78. DOI: [10.1093/med/9780199571390.003.0038](https://doi.org/10.1093/med/9780199571390.003.0038)
- Kreinheder A. (1991). *Body and soul: the other side of illness*. Toronto, Inner City Books.
- López Fernández Cao M & Martínez Díez N. (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid, Tutor.
- Mount BM, Boston PH, Cohen SR. (2007). Healing connections: on moving from suffering to a sense of well-being. *J Pain Symptom Manage*, 33(4): 372-388. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2006.09.014](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.014)
- Nosek CL, Kerr CW, Woodworth J, Wright ST, Grant PC et al. (2015). End-of-life dreams and visions: a qualitative perspective from hospice patients. *Am J Hosp Palliat Care*, 32(3): 269-274. DOI: [10.1177/1049909113517291](https://doi.org/10.1177/1049909113517291)
- Payás Puigarnau A. (2010). *Las tareas del duelo. Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Madrid, Paidós.
- Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. (2002). Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. World Health Organization. Ginebra. *J Pain Symptom Manage*, 24(2): 91-6. DOI: [10.1016/s0885-3924\(02\)00440-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00440-2)
- Van der Kolk B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta*. Barcelona, Eleftheria.
- Saunders C. (1984). *Hospice and palliative care*. Londres, Arnold.
- Zurbano Camino A. (2007). *El arte como mediador entre el artista y el trauma* (Tesis doctoral). Universidad del País Vasco, Facultad de Bellas Artes, Departamento de Escultura.

