

EXCLUIDO DE PRÉSTAMO

Rd. 728
3
PI. 188



U Universidad
Rey Juan Carlos

UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS

Instituto Universitario de la Danza "Alicia Alonso" CURSO 2010-2011

APLICACIÓN DEL ARTE EN ENFERMEDAD MENTAL GRAVE.

**BENEFICIOS DE LA REALIZACIÓN DE UNA ACTIVIDAD ARTÍSTICA E EL
ESTADO ANÍMICO DE PERSONAS CON PSICOSIS.**

ANA CAROLINA MARTINEZ CABEZÓN

DIRECTOR:

AMADOR CERNUDA LAGO

TUTOR:

MARÍA FERNANDA SANTIAGO



14 ABR. 2011



RESUMEN:

Desde principios de siglo, las vanguardias artísticas, el desarrollo de las terapias psicodinámicas y junto con ello el trabajo realizado en el ámbito psiquiátrico hospitalario generan un caldo de cultivo para el desarrollo del Arte como terapia. Todo ello favorece la expansión paulatina de la Terapia Artística como un complemento a las terapias establecidas. Con un mayor marco de aplicación y con investigación que la avala ha demostrado que mejora la salud del paciente disminuyendo su sintomatología y mejorando su estado anímico. Nuestro estudio llevado a cabo con pacientes psiquiátricos demuestra que el proceso creativo repercute directamente en el estado de ánimo del paciente. Ello se demuestra en el cambio en la puntuación del POMS antes y después de la actividad plástica. Por lo tanto podemos afirmar que la actividad artística mejora el estado anímico del paciente aumentando sus sensaciones positivas y disminuyendo las negativas.



INTRODUCCIÓN. MARCO TEÓRICO

Antecedentes artísticos del Arteterapia.

Tanto Platón como Aristóteles ya afirmaban que los artistas se caracterizaban por una constitución melancólica. Esta idea se retoma en el Renacimiento, época en la que se relaciona locura y genio. En aquel entonces consideraban que las mentes creativas eran también las más enfermizas, ya que se situaban al límite de lo normal, y su singularidad se entendía como resultado de una fuerza superior. Durante el Romanticismo se enfatiza el poder de la subjetividad, del relativismo y del individualismo, concibiendo la locura como una vía de acceso a mundos escondidos para el común de los mortales.

El psiquiatra Philippe Pinel, en 1801 fue uno de los primeros en destacar las producciones artísticas de ciertos pacientes en régimen hospitalario. También demostró interés en el tema el norteamericano Benjamin Rush en 1812, quien destacó que muchos pacientes del Hospital de Filadelfia mostraban una habilidad especial para el arte pictórico, la música y la poesía.

En 1845, el que fuera uno de los fundadores de la American Psychiatric Association, Pliny Earle, reivindicaría para el arte del enfermo mental el mismo valor estético que para otras obras aceptadas socialmente.

"La locura desvela o activa poderes o facultades mentales que antes se habían mantenido latentes o se manifestaron ligeramente"

P. Earle (1845)

A finales del siglo XIX, el psiquiatra italiano Cesar Lombroso reúne 107 obras de pacientes de la Clínica de Turín y comienza a realizar y revisar estudios sobre la relación entre enfermedad mental y creatividad. Posteriormente, en 1864 escribirá un libro sobre la creatividad y la enfermedad mental *"Genio e follia"* (*"Genio y Locura"*) que se colocará en la cabeza de la psiquiatría clínica moderna.

A finales del siglo XIX, la casa de Salud del Dr. Esprit Blanche acogería a artistas como Flaubert, Maupassant en base a las recomendaciones de los médicos que defendían la práctica del arte como elemento sanador.

Durante esa misma época e introduciéndonos en principios del XX se genera un punto de inflexión tanto en la historia del arte como en la del pensamiento y en la concepción del hombre y la vida. Surge una exaltación de la libertad y de la individualidad. En el arte hasta ese momento primaba lo académico prevaleciendo un arte realista, figurativo y estático. Las vanguardias artísticas rompen esta idea e introducen el componente subjetivo y simbólico defendiendo un arte libre y desarrollando un nuevo lenguaje. El arte ya no se basará en plasmar la realidad sino en hacerlo desde la perspectiva del que la observa. Se hace hincapié en la expresividad del proceso creativo abogando por un acto espontáneo y en directa comunicación con el inconsciente. Las vanguardias que defenderán este ideario serán: el expresionismo, fauvismo, surrealismo, dadaísmo, cubismo, futurismo.

Este clima revolucionario viene precedido por algunos factores como en ensalzamiento de las artes más primitivas y populares, la influencia de oriente, en especial China y Japón, el estudio e investigación del arte de los niños así como de los enfermos mentales y el desarrollo de todo el marco teórico Psicoanalista de Freud y seguidores como Adler o Jung. Unido a ello una sociedad convulsa que vive dos guerras mundiales y que ya no queda satisfecha con los mecanismos de expresión con los que disponía hasta el momento.

Dentro de este marco histórico podemos diferenciar entre dos posiciones encontradas: por un lado, la visión que identificaba los nuevos postulados artísticos con la enfermedad mental. Uno de sus representantes es el psiquiatra Weygandt que se refiere a pintores de la talla de Picasso, Klee, Cezanne como *“ el descarrío del pensamiento y sentimiento normales, degeneración que contribuye en nuestra época enferma y revuelta a hundir todavía más la dignidad humana”* En 1937, el estado Nazi organiza una exposición llamada *“Arte degenerado”* con obras de Kandinsky, Klee, Kokoschka, Nolde, Chagall y otros. Junto a estas obras se presentan otras de enfermos mentales afianzando la idea de la patologización del arte moderno y la degeneración del mismo.

En la otra corriente de hallan aquellos interesados por la posible relación entre enfermedad mental y creatividad. Hans Prinzhorn (1886-1933), fue uno



de los primeros en acercarse de manera práctica a la aplicación terapéutica del arte en personas con enfermedades mentales y a su producción. Para ello compiló y estudió, entre 1890 y 1920 en la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg, unas 5000 obras (pinturas, esculturas, collages, escrituras) . La intención inicial de este psiquiatra doctorado también en Historia del Arte, fue la de fundar un museo que, a pesar de todo no abriría sus puertas hasta el año 2001. Su interés originó por una parte, un revolucionario cambio metodológico en el tratamiento e investigación de los enfermos mentales y, por otra, afianzó la legitimidad estética de la creación por parte de personas con trastornos psiquiátricos. Esta colección será la base de su libro *Bildenerlei der Geisteskranken* (1922). En él destaca las características formales artísticas de las obras como líneas, trazos, colores, etc. dejando en un segundo plano todo diagnóstico e interpretación de las mismas. En sus investigaciones, Prinzhorn destacaría hasta seis pulsiones implicadas en el impulso creativo de sus pacientes: la expresión, el juego, el dibujo ornamental, la ordenación compulsiva de los elementos del dibujo, la copia obsesiva y la construcción de sistemas simbólicos. Además analizó los símbolos más utilizados en las obras de 450 pacientes psicóticos, concluyendo que respondían a 4 puntos de vista: a) Como una vía de regresión a estados infantiles b) Como un nuevo lenguaje del paciente que brinda nuevas formas de análisis; c) Nuevo modo de expresión alternativo a lo oral; d) Como el resultado de la simple necesidad de expresarnos.

Este autor influirá en las corrientes artísticas de la época. Además la interrelación es constante. Dentro de las vanguardias que más influyen en la instauración del arteterapia cabe destacar el Surrealismo y el Expresionismo Alemán.

El **Surrealismo** nace a principios del siglo XX. André Breton lo definirá en 1924 en el Manifiesto Surrealista de la siguiente manera “ *Automatismo Psíquico puro mediante el cual se intenta expresar verbalmente, por escrito o de cualquier otro modo el funcionamiento real del pensamiento. Dictado mental sin control de la razón más allá de cualquier consideración estética y ética.*”.

Para Breton la doctrina freudiana supone una ruptura total de los preceptos imperantes de la época que dan total prioridad a la razón. Retoma el ensalzamiento de la imaginación y el sueño como ya citaba Erasmo de Rotterdam en *"Elogio sobre la Locura"*. En sus investigaciones, Freud halló que el arte aparecía siempre como una necesidad intrínseca a la propia patología, y aproximaba al artista a un campo similar del inconsciente creador, particularmente sistematizable. Su idea hizo que tanto el arte de un enfermo mental como el de uno sano se observen con el mismo respeto. Freud desarrolla el concepto teórico pero Breton será quien lo traduzca en un método artístico y literario.

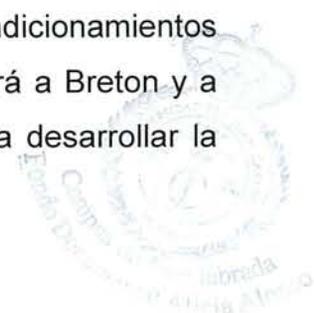
Breton estudia medicina y trabaja durante varios años en el departamento de neurología de un hospital donde se interesa por las cadenas de asociaciones que realizan las personas con trastornos mentales:

"Por entonces estudiaba a fondo a Freud y estaba familiarizado con sus métodos de investigación, que durante la guerra pude aplicar directamente a mis enfermos, y decidí obtener de mí mismo lo que me proponía conseguir de ellos, a saber, un monólogo que fluyese con la máxima rapidez posible, no sometido en absoluto al juicio crítico del sujeto, que por lo tanto no representase ningún tipo de reserva y que en la medida de lo posible fuera pensamiento hablado"

André Breton

El automatismo más que una técnica se convierte en un concepto ideológico a través del cual encontrará la vía hacia la *"libertad del espíritu"* y el consiguiente estallido de la imaginación. Lo decisivo es la mirada dirigida hacia el interior, y por tanto, la imaginación. La producción del artista surrealista debe obedecer a dicha voz interior, a la visión, lo irracional, lo absurdo, lo alucinatorio y onírico.

Para los surrealistas es necesario aislarse de los condicionamientos sociales para llegar a la verdadera creación. Esta idea le llevará a Breton y a Jean Dubuffet junto a otros artistas surrealistas como Tapié a desarrollar la



“Compagnie de l'art brut” en julio de 1949, aunque ya llevaba unos años previos de andadura por parte de Dubuffet. La premisa es la siguiente: si la verdadera obra está fuera de toda prescripción social entonces aquellas personas que viven al margen de la sociedad y que no están condicionadas por sus preceptos serán aquellas que desarrollen obras auténticas donde poder observar su imaginación e inconsciente en estado puro.

“ El objetivo es investigar aquellas producciones artísticas realizadas por personas oscuras y que representan una forma de invención personal, de espontaneidad, de libertad, más allá de las convenciones y hábitos recibidos”

Jean Dubuffet

“Estos artistas traducían mucho más rápidamente los movimientos del espíritu y liberaban los mecanismos de los pensamientos más ardientes, más crudos”.

Pablo Picasso

A partir de esa fecha al igual que Prinzhorn, se encarga de aglutinar distintas obras a través del contacto con psiquiatras y recursos asistenciales para personas con trastornos mentales graves.

“El arte es para el hombre una necesidad primordial, tanto o tal vez más que la necesidad de pan. Sin pan, el hombre se muere de hambre, pero sin arte se muere de aburrimiento” .

Jean Dubuffet

El **Expresionismo** es otra de las vanguardias que se nutre del pensamiento psicoanalítico y a la vez desarrolla una nueva visión de la expresión plástica clave para el inicio de las terapias artísticas.

El concepto expresionismo no deriva de expresión sino de expresar la esencia de las cosas. Busca deformar la realidad para expresar de manera subjetiva la naturaleza y el ser humano, dando primacía a los sentimientos más que a la descripción objetiva de la realidad. Las características principales son la manifestación directa y espontánea de la subjetividad del artista basada en una necesidad interior, la libre interpretación de la realidad y la utilización del

color y el trazo para expresar estados de ánimo. El expresionismo, por tanto huye de la "impresión" de la realidad e influenciado por los postimpresionistas se centra en su deformación para plasmar la visión que de ella tiene el artista.

Al igual que los fauvistas creían que a través de los colores podían expresar sentimientos. Rechazan la paleta de tonos naturalistas empleada por los impresionistas a favor de los colores violentos para crear un mayor énfasis expresivo. Los trazos se tornan rápidos y las formas se simplifican evolucionando hasta un simbolismo que derivará en su última esencia en el expresionismo alemán donde desaparece todo elemento figurativo. Artistas como Eduard Munch son un claro ejemplo de esta corriente, sin duda es uno de los maestros en plasmar el miedo y la angustia verbalizó *"Déjenme con mis sufrimientos, pues ellos son parte de mi y de mi arte"*.

Dentro de los artistas expresionistas, Kandinsky ,miembro del grupo del "El Jinete Azul", teoriza sobre el arte en su libro *"Sobre la espiritualidad del arte"*. En él habla de la función catártica que tiene el proceso creativo para el pintor así como para el que observa su obra. Para el pintor el arte se convierte en un vehículo canalizador de las angustias del hombre y de sus conflictos. Según el pintor, el espíritu del hombre moderno se encuentra oprimido por una angustia material y a través de este arte nuevo, espiritual y trascendente es donde encontrará una vía de sanación.

" La obra de arte consta de dos elementos: el interno y el externo. El elemento interno, tomado individualmente, es la emoción que siente el alma del artista. Esa emoción tiene la capacidad de provocar una emoción paralela en el alma del espectador."

Kandinsky

En la línea de la idea de Kandinsky sobre el efecto de la observación de una obra pictórica, De la Gándara, psiquiatra especializado en el tema demuestra como el mero hecho de observar un cuadro estimula la secreción de endorfinas lo que nos genera una sensación placentera.

ARTETERAPIA

En primer lugar cabe definir a qué nos referimos cuando hablamos de Terapia Artística que consiste en la aplicación con fines terapéuticos de cualquier arte, bien sean artes plásticas, escultura, fotografía, música, danza, escritura, etc. El arte como terapia busca indagar en el conocimiento interno del ser a través de las emociones estéticas y su expresión, especialmente cuando el ejercicio de la palabra no basta o no es suficiente.

“ La creación artística es un medio efectivo para la intervención terapéutica en el tratamiento de problemas relacionados con las necesidades emocionales, cognitivas y físicas del ser humano, así como un medio de intervención.”

Martínez Díez y Fernández Cao, 2004

La disciplina se apoya sobre dos pilares igualmente importantes, por un lado el conocimiento del arte como disciplina y por otro lo relacionado con la psicología y el desarrollo humano. A través de las actividades plásticas, se posibilita la educación desde la sensibilidad, la capacidad de creación, expresión y comunicación y la comprensión del mundo que nos rodea.

Las terapias expresivas generan una nueva comunicación que va más allá de lo oral y lo discursivo y cuyo lenguaje es la emoción traducida en imágenes, trazos y colores. Introduce un lenguaje subjetivo que escapa a lo convencional. La expresión es una comunicación de sentimientos, de pensamientos y en definitiva de cómo se percibe el entorno y la realidad. Este nuevo canal comunicativo favorece la expresividad de personas que por sus características tienen dificultades para hacerlo a través del lenguaje verbal encontrando en lo artístico una mayor libertad y fluidez.

“Lo que se persigue a través de la arteterapia y la creatividad volcada en la misma es conseguir un pleno desarrollo de las capacidades y potenciales individuales, sobre la base de una autoaceptación completa, de tal forma que se obtenga el máximo posible de competencias y de autonomía, posibilitando la exteriorización de los problemas o sentimientos que impiden esa autoaceptación”

Martínez Diez y Fernández Cao, 2004

Todo objeto artístico, sea el que fuere, participa de esta naturaleza integradora: convoca al pensamiento, a la emoción y a los sentidos.

“El arte no es una actividad de ocio, es un acicate que nos impulsa a luchar contra la angustia del vacío suscitada por el acceso a la libertad que nos proporciona el placer de crear” .

Boris Cyrulnik.

En líneas generales las terapias expresivas se iniciaron dentro de la Orientación freudiana a la que posteriormente les siguieron las corrientes humanistas y gestálticas. Desde la teoría psicodinámica prevalecen conceptos como el inconsciente, el deseo, la transferencia, la repetición, la asociación libre, la elaboración psíquica... La formación teórica en esta línea vendrá capitaneada por Freud, Winnocott, Fiorini, Jung y Dalley. La propia Dalley expone *“la terapia artística se halla más vinculada con los procedimientos de la teoría psicoanalítica puesto que en sus métodos se basan en fomentar la asociación y la expresión libre”*. (Dalley, 1984).

Sin embargo aunque la actividad artística por sí sola posea ciertas cualidades terapéuticas, la dinámica de la práctica arteterapéutica reside en el proceso y no en el resultado final obtenido. No se basa ni en la belleza ni en la cualidad artística de la obra. Facilita el lenguaje alternativo al verbal desde lo simbólico, con aquello que esconde la palabra, a través de un lenguaje comunicativo que sobrepasa lo verbal: la imagen. El espacio creativo es dinámico y vincular en cuanto al vínculo que se establece en el taller. El proceso creador constituye una especie de viaje en la que el paciente a través

de su obra artística y apoyado por el arteterapeuta redirige su vida integrando sus sentimientos, pensamientos, emociones y recuerdos.

Virginia Wolf, en el libro *“Una habitación propia”* nos hablan de la importancia de encontrar un espacio subjetivo de creación de autoexploración cuyo canal comunicativo con el exterior se realizará a través de la obra artística. El espacio de los talleres de arteterapia favorece la creación de este espacio.

Historia del Arteterapia como disciplina:

El Arteterapia empieza a construirse como tal en el interior de hospitales generales y en centros psiquiátricos fundamentalmente en Estados Unidos y en Inglaterra a mediados del siglo pasado.

Durante la II Guerra Mundial empezó a considerarse el arte como vehículo terapéutico tras la experiencia del británico Adrian Hill, artista hospitalizado que decidió pintar para expresar los horrores vividos en la guerra y liberar a través de su obra su angustia y así favorecer su recuperación. Su labor fue imitada por numerosos enfermos hospitalizados por “preinscripción médica” al ver la mejora de Hill considerándose en 1946 el primer arteterapeuta de la historia. Posteriormente desarrollará su labor de la mano de más artistas y profesores en diferentes hospitales de nuevo con fines terapéuticos.

A partir de la guerra se llevan a cabo numerosos estudios para buscar terapias efectivas a menor coste. Nace así también la terapia de grupo y junto a ella se llevan a cabo numerosas investigaciones sobre creatividad y educación artística.

Los pioneros en el desarrollo del arteterapia son la educadora y psicóloga Margaret Naumburg en EEUU quien empieza a desarrollar su labor en los años 30. En relación a la técnica expone *“ se basa en que todos los individuos, estén o no entrenados artísticamente, poseen una capacidad latente de proyectar sus conflictos internos bajo formas visuales”* *“Aquellos originalmente bloqueados en su expresión verbal comienzan a verbalizar con el fin de explicar sus producciones artísticas”* (Naumburg 1978) y la austriaca Edith Kramer que señala *“ El arte es un medio para ampliar el alcance de las*

experiencias humanas mediante la creación de equivalentes de estas experiencias" (Kramer, 1982) Kramer estuvo especializada en niños. Dentro de su libro *Terapia a través del arte en una comunidad infantil* defiende como a través de la expresión artística disminuyó las conductas agresivas de los niños.

En 1950 tiene lugar en París la primera exposición sobre arte patológico.

En 1959 varios psiquiatras europeos de la escuela de Prinzhorn fundan la Sociedad Internacional de Psicopatología de la Expresión (SIPE).

En 1964 nace la British Association of Art Therapists .

En 1966 nace la Asociación Americana de Arteterapia AATA, a partir de entonces surge la primera revista sobre la materia: *Bulletin of Art Therapy*, actualmente denominada *American Journal of Art Therapy*.

Fundamentos de la arteterapia:

La actividad creativa se basa en un mecanismo comunicativo entre el interior del individuo y su obra. Este puente es un puente bidireccional ya que la obra se comunica con el autor generándose un proceso vivo y fluido.

La creatividad es la capacidad de crear, de producir ideas originales y valiosas para llegar a conclusiones nuevas y resolver problemas en una forma diferente. Creatividad es la producción de una idea, un concepto, una creación o un descubrimiento que es nuevo, original y útil.

"El mundo sería un lugar muy diferente si no fuera por la creatividad.(...) No habría lenguaje, ni canciones, ni ideas, ni herramientas, ni ideas tales como el amor, libertad o democracia. Sería una existencia tan mecánica y empobrecida que ninguno de nosotros querría participar en ella"

Mihaly Csikszentmihalyi

En su materialización puede adoptar, entre otras, forma artística, literaria o científica, si bien, no es privativa de ningún área en particular.

La creatividad es el principio básico para el mejoramiento de la inteligencia personal y del progreso de la sociedad y es también, una de las estrategias fundamentales de la evolución natural.

La niñez es clave para el desarrollo de la creatividad ya que en ella tiene lugar el desarrollo del pensamiento simbólico, del juego y del dibujo. Durante esta etapa es clave fomentar la creatividad del niño, darle libertad y no cohibirle, transmitirle seguridad para explorar y experimentar.

A lo largo de la historia de la psicología han sido diferentes autores los que han tratado el tema de la creatividad. Uno de los más relevantes fue Guilford en 1951, al definir el pensamiento productivo y clasificarlo en dos clases: convergente y divergente.

El pensamiento convergente, también llamado lógico y el pensamiento divergente que se mueve en varias direcciones en busca de la mejor solución para resolver problemas a los que siempre enfrenta como nuevos y para los que no tiene patrones de resolución, pudiéndose así dar una gran cantidad de soluciones apropiadas más que una única correcta. Ese tipo de pensamiento tiende más al concepto de creatividad. Para Guildford la sensibilidad, la fluencia o capacidad para generar pensamientos en un corto intervalo de tiempo, la originalidad o la capacidad de generar ideas nuevas, y la flexibilidad de pensamiento son claves en el entendimiento del pensamiento divergente.

Edward De Bono, en 1970 acuñó el término "Pensamiento Lateral" , (equivalente al pensamiento divergente) .El pensamiento lateral actúa liberando la mente y estimulándola a través de la perspicacia, la creatividad y el ingenio , procesos mentales con los que está íntimamente unido. Para de Bono es algo deliberado, requiere de una intención y además es favorecido por un estado emocional: la confianza.

Por otra parte el proceso creador es considerado por la mayoría de los autores como el elemento fundamental del proceso arteterapéutico.

Para autores como Winnicott, el juego en el niño aparece en la etapa simbólica del desarrollo, en la cual es capaz de distanciarse de la realidad lo suficiente como para crear una situación ficticia en la que sus motivaciones y necesidades van a verse representadas. Los símbolos son el soporte de la ficción y el elemento sobre el que gira la acción del juego, separando los significados de los objetos y permitiendo una exploración que hará la función de entrenamiento para la vida real. Para el autor "jugar es hacer", el juego compromete al cuerpo, jugar tiene siempre una implicación corporal, implica una acción sobre el mundo y modifica la vez el mundo interno.

El juego simbólico permite conocerse y experimentar vislumbrando la propia capacidad que uno tiene sobre sí mismo y sobre sus propias decisiones. La exploración del entorno conduce a intentos de resolver problemas y , por este motivo, el arteterapia favorece la resolución de estos problemas a través de la expresión artística.

El proceso creador, al igual que el juego, es un área de experiencia, un espacio transicional que media entre la realidad interna y externa del individuo y que utiliza los materiales y la obra artística como objetos de transición que permiten "jugar" y experimentar con ellos y que operan en un espacio simbólico donde la realidad, espacio y tiempo se suspenden mientras dura la sesión de arteterapia.

"Cada producción artística original que realiza el paciente representa, en cierto grado, un aspecto de esa persona. Nadie más puede crear el mismo resultado sobre un papel o una tela... La terapia artística ofrece un área en la que el paciente puede proclamar su identidad y una atmosfera en la que puede ser él mismo. El arte brinda un medio que supone, al mismo tiempo, una comunicación con los demás y una confrontación con uno mismo"

Laing, 1964.

El encuadre del programa de arteterapia favorece un "continente" que ejerce una función contenedora. Supone un lugar seguro, que aporta confianza para "pensarse y hacerse" a través de la propia obra. El espacio favorece asumir riesgos, atreverse al cambio, mirar hacia dentro, escuchar en lo más íntimo,



aceptar las emociones y negociar significados. Finalmente el espacio favorece la comunicación entre los miembros que conforman el propio grupo.

En toda creación las imágenes constituyen símbolos y metáforas de aspectos que se quieren comunicar, bien sean sentimientos, emociones, deseos, intenciones, etc. Estas imágenes tienen el poder de comunicar a través de su expresión lo que favorece el mostrar aspectos que son difíciles de elaborar desde otro plano como puede ser el verbal y través de los símbolos se pueden trabajar y expresar.

DEFINICIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES GRAVES.

Las enfermedades mentales graves son aquellas que por sus características limitan a la persona en diferentes áreas de su vida (personal, social, laboral, etc) llegando en algunos casos a la incapacitación.

Los trastornos mentales más graves son los siguientes: Esquizofrenia, Trastorno bipolar, Trastornos de personalidad.

Estos trastornos se caracterizan por lo siguiente tomando de referencia el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (Diagnostic and Statistical Manual) DSM-IV.

ESQUIZOFRENIA

Síntomas característicos:

(cumplir dos o más síntomas de los siguientes)

- Ideas delirantes.
 - Alucinaciones.
 - Lenguaje desorganizado e incoherente.
 - Comportamiento catatónico o desorganizado.
 - Síntomas negativos como aplanamiento afectivo, abulia, anhedonia, alogia.
- Disfunción laboral/social.
- Duración de al menos 6 meses .
- Tipología: Paranoide, desorganizado, catatónico, residual, indiferenciado.

TRASTORNO BIPOLAR

- Alternancia de periodos maníacos con periodos de depresión mayor.
- Los síntomas afectivos provocan un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o bien en otras áreas importantes de la vida del individuo.
- Variabilidad: con remisión o recuperación interepisódica, con un patrón estacional en la alternancia de ciclos, con ciclos rápidos.
- Puede darse en ausencia de episodio/s maniaco y con episodio/s hipomaníaco.

TRASTORNO DE PERSONALIDAD

- Patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos o más áreas siguientes:

(1) Cognición (p. Ej., formas de percibirse e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)

(2) Afectividad (p. Ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)

(3) Actividad interpersonal.

(4) Control de impulsos.

- Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.

- Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la vida del individuo.

- El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.

Tipología: Trastorno paranoide de la personalidad, trastorno esquizoide de la personalidad, Trastorno esquizotípico de la personalidad, Trastorno antisocial de la personalidad, Trastorno límite de la personalidad, Trastorno histriónico de la personalidad, Trastorno narcisista de la personalidad, Trastorno de la personalidad por evitación, Trastorno de la personalidad por dependencia, Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, Trastorno de la personalidad no especificado.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE

Función del Arteterapia en Rehabilitación de personas con enfermedad mental grave.

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud considera la salud como una suma de tres elementos: el biológico, el psicológico y el social. Esto supone una visión más completa e integradora de lo que entendemos por enfermedad y sobre todo de enfermedad mental. A partir de este paradigma se desarrolla toda la línea teórico práctica para fomentar el desarrollo psicológico y social de pacientes afectados por enfermedades mentales graves. Coincidiendo con la Reforma psiquiátrica de finales de los años 70 y 80 se desarrollan las primeras escuelas con métodos de rehabilitación psicosocial de personas con psicosis. Este método se centra en la evaluación de las habilidades de las que dispone el paciente y el entrenamiento en capacidades que favorecen su integración en la vida comunitaria como un entrenamiento en habilidades sociales, de autocontrol, en habilidades de la vida diaria, autocuidados, autocontrol, rehabilitación cognitiva si hay deterioro en las funciones cognitivas superiores, etc.

Dentro de este paradigma podemos afirmar que la Arteterapia incide en distintos puntos mejorando la salud del paciente:

1. Mejora su autoestima. En la medida en que estimula una imagen positiva del paciente alejada de la idea de enfermo. El hecho de producir cosas bonitas, sentirse valorados hace que la persona se sienta mejor consigo mismo y modifique positivamente la idea que tiene de sí mismo.
2. Mejora las relaciones interpersonales mejorando así su interacción social. El entorno facilitados de los espacios de creación favorecen la comunicación directa y fluida entre sus miembros.
3. Reducción de síntomas psiquiátricos: Se ha observado que las terapias artísticas disminuyen la sintomatología negativa en la esquizofrenia como la anhedonia, apatía y la abulia. Los pacientes

empiezan a involucrarse en actividades que les generan disfrute. A la vez sirven de distracción.

4. Potenciar la atención sostenida y la concentración. El déficit en atención es una de las características que se ha observado común no solo en las personas con esquizofrenia son en sus propios familiares. A través del arteterapia se favorece que la persona este temporalmente atenta a la realización de una tarea y concentrada en su ejecución.
5. Mejora de la motricidad fina y gruesa, ambas en muchos casos deterioradas como consecuencia de los efectos secundarios de las medicaciones psiquiátricas.
6. Integración comunitaria. En la medida en que favorecemos una actividad gratificante en la persona y le animamos a que la realice en contextos normalizados de la comunidad como academias, centros culturales, etc. Favorecemos que el individuo participe en su vida comunitaria evitando la segregación y e aislamiento.

Efectividad de la Arteterapia

Pese a las reticencias de algunos profesionales, en Inglaterra, el organismo oficial NICE (National Institute for Clinical Excellence) publicó en 2009 una guía de Tratamiento de la Esquizofrenia en la que dedica un apartado a las terapias artísticas. El documento concluye que efectivamente la aplicación de terapias artísticas llevadas a cabo por profesionales de la materia ayuda a mitigar la sintomatología negativa en la esquizofrenia (abulia, apatía, anhedonia). En España, el Ministerio de Sanidad ha publicado el "Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave y la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente en la que se recomienda incluir las terapias artísticas dentro del tratamiento habitual.



HIPÓTESIS

La realización de una actividad artística repercute positivamente en el estado de ánimo de una persona con enfermedad mental al término de la actividad aumentando sus emociones positivas y disminuyendo las negativas.

METODOLOGIA

MUESTRA:

La muestra la forman 30 pacientes pertenecientes a la Red de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave integrada dentro de la Conserjería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid:

Todas las personas que participan en el estudio están diagnosticados de una enfermedad mental grave (anteriormente descritas) y a su vez están en tratamiento en sus respectivos Centros de Salud Mental de área.

La muestra se distribuye de la siguiente manera por recurso:

- 7 pacientes del Centro de Día de Villaverde.
- 5 pacientes del Centro de Rehabilitación psicosocial de Aranjuez.
- 11 pacientes del Centro de Día de Arturo Soria.
- 7 pacientes de la Unidad de Media Estancia de la Clínica San Miguel.

Breve descripción de los recursos:

- Unidad de Media Estancia: Unidad intermedia entre la Unidad de Hospitalización Breve y la Unidad de Larga estancia. El objetivo de la unidad es llevar a cabo un tratamiento más prolongado (entre 6 meses y dos años) con aquellas personas con grave interferencia de la sintomatología en su funcionamiento y que no remite con el tratamiento actual tanto farmacológico como psicológico y de rehabilitación. Situados en complejos psiquiátricos. Régimen cerrado y con ingreso voluntario o involuntario por orden judicial.

Red de Atención a personas con enfermedad mental grave. Pertenece a la Conserjería de Familia y Asuntos sociales. Consta de diferentes recursos distribuidos por distritos por toda la Comunidad de Madrid. Todos ellos son

recursos abiertos y voluntarios y la atención que se presta es ambulatoria. Se compone de los siguientes centros:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS): Recursos con el objetivo de rehabilitar a la persona psicosocialmente, aumentar su autonomía y facilitar su integración sociocomunitaria.

- Centros de Día (CD): centros de atención y soporte social. Rehabilitación psicosocial. Muy semejante al CRPS pero con personas con más tiempo de evolución de enfermedad y mayor deterioro cognitivo y funcional así como mayores necesidades de apoyo.

INSTRUMENTO:

Se utiliza el cuestionario P.O.M.S. (Profile of Mood States).(McNair, Lorr, Droppleman (1971)

El cuestionario es un autoinforme emocional compuesto de 65 adjetivos que se valoraban mediante un formato tipo Likert con 5 alternativas de respuesta. El cuestionario es prácticamente autoadministrable, tanto si se presenta de forma individual como colectiva. Tiene como objetivo evaluar seis estados de ánimo o estados afectivos identificados como tensión-ansiedad, depresión-melancolía, cólera- hostilidad, vigor-afectividad, fatiga-inercia y confusión-desorientación.

El *Perfil de los Estados de Ánimo* fue diseñado por McNair, Lorr y Droppleman (1971) con el fin de medir los cambios resultantes de la psicoterapia y la medicación psicotrópica en pacientes psiquiátricos. El manual recomienda su uso "*principalmente para pacientes psiquiátricos externos*" (McNair et al., 1971, p. 6) Posteriormente, ha sido probado en gran variedad de muestras no- psiquiátricas y se ha convertido en un instrumento muy popular en la investigación en psicología del deporte de los últimos años.

Para su construcción, los autores realizaron seis análisis factoriales sobre un total de 100 adjetivos. Un conjunto inicial de 55 adjetivos se obtuvo con la ayuda de varios informes (Nowlis y Green, 1957 y Sells et al., 1956, citados en McNair et al., 1971), un diccionario y un *thesaurus*. Para restringir los adjetivos a aquellos que un individuo medio pudiera comprender fácilmente, se



consultaron las listas de palabras de Thorndike- Lorge (1944). Los factores que mostraron mayor consistencia a lo largo del proceso de construcción fueron: Tensión-Ansiedad, Depresión- Melancolía, Cólera-Hostilidad, Vigor- Actividad, Fatiga-Inercia y Confusión- Desorientación.

La puntuación en cada factor se obtiene de la suma de todas las respuestas a los adjetivos que lo definen. Todos los ítems tienen la misma dirección, excepto dos: *relajado* (perteneciente al factor Tensión) y *eficiente* (dentro del factor Confusión), cuya dirección está invertida . Es posible obtener una puntuación global(un índice general de alteración del estado de ánimo) mediante la suma de las puntuaciones en los factores, teniendo en cuenta que Vigor, a diferencia de los demás, se resta.

Las propiedades psicométricas de la escala en lengua inglesa son adecuadas (McNair et al., 1971; Spielberger, 1972; Weckowitz, 1978; Norcross, Guadagnoli y Prochaska, 1984; Reddon, Marceau y Holden, 1985; Watson y Clark, 1997) y ha demostrado ser un buen instrumento para evaluar el estado de ánimo en diferentes áreas de la Psicología (Eichman, 1978; Weckowitz, 1978; Boyle, 1987).

Se utiliza la versión española realizada por Amador Cernuda Lago

PROCEDIMIENTO:

En primer lugar se informa del estudio al Comité de Investigación de la Organización de las Hermanas Hospitalarias de la Comunidad de Madrid, tanto al Coordinador de Investigación de la Línea de Rehabilitación Psicosocial de la Organización como al Director Médico de las Unidades pertenecientes a los dispositivos de Salud Mental. En dicha reunión se informa de los objetivos del estudio y se solicita permiso para utilizar muestra de pacientes que son atendidos por distintos recursos de la Organización.

Una vez aprobado el proyecto en la Comisión de Investigación se informa de ello a los Directores técnicos de los recursos pertenecientes a la Línea de Rehabilitación para animar a aquellos que posean en sus horarios una actividad creativa de carácter plástico a que participen en el proyecto. En muchos centros no hay actividades de pintura en sí mismas o de actividad plástica. Si en todos hay actividades relacionadas con manualidades y

cerámica pero se considera que por las características de la actividad no se incluirán dentro del estudio, por lo tanto, sólo participan aquellos recursos con actividades de creatividad y relacionadas con las artes plásticas.

A fin de completar la muestra y de ver si existe diferencia en los resultados con los pacientes de recursos de rehabilitación me pongo en contacto con la Unidad de Media Estancia de la Clínica San Miguel que cuenta también con un taller de "Arteterapia".

Me personalizo en los centros que van a participar para explicar exhaustivamente el estudio y facilitarles a los monitores del taller la documentación necesaria que consta de un Consentimiento Informado para el paciente donde éste acepta libremente participar en el estudio y la utilización de sus datos para fines experimentales y el cuestionario P.O.M.S. que es el instrumento a administrar antes y después de la actividad.

Se han dado dificultades con aquellos usuarios que están tutelados bien por la Agencia Madrileña de Tutela o por algún familiar por lo que se les ha excluido de la muestra por no poder contar con el Consentimiento Informado del tutor legal. También se han dado varios casos que han decidido libremente no participar en el estudio. En otros casos, el estado psicopatológico del paciente ha dificultado la ejecución del cuestionario POMS no dándose por válido y por tanto no incluyéndose en la muestra.

La actividad se compone de una actividad artística de carácter plástico. Es de carácter libre. El paciente o bien escoge un tema libre o el monitor le sugiere un tema a desarrollar.

La duración de la actividad es de 1 hora aproximadamente. Se lleva a cabo en los contextos de los centros, con un profesional como monitos de la actividad y en grupos de 4-5 personas.

El test se pasa antes y después de una sesión de arteterapia Una vez recogidos todos los datos se realizaron distintos análisis estadísticos con el programa SPSS 12.0 para Windows.

- Análisis descriptivo, que nos da los valores máximo y mínimo de cada variable cuantitativa, su media y su desviación típica.

Este análisis permite describir la muestra con la que estamos trabajando.

- Diferencia de medias, que nos permitirá observar si existen diferencias significativas en las variables medidas antes y después de la sesión de arteterapia

RESULTADOS

1.- Análisis descriptivo

(Tablas)

Prueba T

Estadísticos de muestras relacionadas

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	Tensión antes	54,80	30	4,656	1,049
	Tensión después	51,80	30	4,561	,996
Par 2	Depresión antes	52,77	30	3,400	,801
	Depresión después	48,00	30	3,630	,636
Par 3	Angustia antes	53,27	30	4,043	,923
	Angustia después	49,67	30	4,613	,812
Par 4	Vigor antes	51,60	30	4,281	,767
	Vigor después	54,40	30	3,487	,641
Par 5	Fatiga antes	51,20	30	3,967	,709
	Fatiga después	47,87	30	4,427	,789
Par 6	Confusión antes	51,03	30	3,876	,665
	Confusión después	47,37	30	3,329	,617

Correlaciones de muestras relacionadas

		N	Correlación	Sig.
Par 1	Tensión antes y Tensión después	30	,926	,000
Par 2	Depresión antes y Depresión después	30	,906	,000
Par 3	Angustia antes y Angustia después	30	,872	,000
Par 4	Vigor antes y Vigor después	30	,769	,000
Par 5	Fatiga antes y Fatiga después	30	,925	,000
Par 6	Confusión antes y Confusión después	30	,866	,000

Prueba de muestras relacionadas

		Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
					Inferior	Superior			
Par 1	Tensión antes - Tensión después	3,000	2,034	,361	2,140	3,560	8,008	29	,000
Par 2	Depresión antes - Depresión después	2,667	1,942	,345	2,101	3,492	7,803	29	,000
Par 3	Angustia antes - Angustia después	2,597	2,568	,459	1,652	3,559	5,546	29	,000
Par 4	Vigor antes - Vigor después	-1,877	2,544	,463	-2,768	-,813	-3,728	29	,001
Par 5	Fatiga antes - Fatiga después	2,333	1,470	,258	1,757	2,882	8,694	29	,000
Par 6	Confusión antes - Confusión después	2,667	1,788	,336	1,988	3,334	8,171	29	,000

2.- Diferencia de medias

Los resultados indican que existen diferencias significativas en las medidas tomadas antes y después de la sesión de Arteterapia en todas las variables medidas: Tensión, Depresión, Angustia, Vigor, Fatiga y Confusión ($p < .01$).

Los sujetos presentan mayores puntuaciones en Tensión, Depresión, Angustia, Fatiga y Confusión antes de la sesión de Arteterapia y una mayor puntuación en Vigor después de la sesión de Arteterapia.

CONCLUSIONES

De acuerdo a las puntuaciones del estudio podemos afirmar que la Arteterapia es una herramienta eficaz en la Rehabilitación psicosocial para la mejora del funcionamiento del paciente. Los resultados muestran una mejora en los síntomas observándose una menor puntuación tras la realización del taller de artes plásticas en sentimientos de valencia negativa como depresión, angustia, tensión y confusión y por otra parte se da una puntuación mayor en el estado emocional positivo como es el vigor. De acuerdo con ello, la arteterapia no solo se convierte en una actividad motivadora y gratificante como actividad lúdica sino que además repercute positivamente en la sintomatología del paciente. La creatividad junto con el proceso creativo son elementos que ayudan a la canalización de las emociones de manera catártica generando como resultado una mayor tranquilidad y positividad que se extiende a toda la esfera emocional. El paciente una vez finalizada la actividad se siente mejor anímicamente y ello afecta a su autoestima y autoconcepto potenciando una sensación de bienestar.

DISCUSION

Los estudios empíricos realizados sobre lo relacionado a la aplicación artística como terapia así como los metanálisis realizados muestran resultados difíciles de valorar. De acuerdo a la revisión de Cochran (Rudy & Milnes, 2006) encuentra que entre 61 estudios de estudios de Terapia Artística con psicosis, solo 2 están controladas dejando al resto posibilidades de réplica y avistando resultados positivos.

En otra revisión (Crawford & Paterson, 2007) si se encuentra evidencia de la efectividad de las Terapias Artísticas aplicadas en pacientes con psicosis. En concreto, determina una mejora sintomática a nivel general y en concreto en la sintomatología negativa que mejora.

La evidencia científica muestra sus beneficios sobre la autoestima (Charlton, 1987; Dick & Mayo, 2001; Odell- Miller y cols., 2006), la interacción social (Charlton, 1987; Dick, 2001; Ruddy & Milnes, 2006), el estado mental (Charlton, 1987; Dick, 2001; Ruddy & Milnes, 2006; Seth- Smith, 1997) y la orientación a la realidad (Dick, 2001; Schaverien, 1997).

Reyes (2003) y (2004) realiza una revisión de enfoques y aplicaciones del arteterapia grupal en los trastornos mentales severos (TMS). Basándose en observaciones clínicas de terapeutas artísticos con grupos con personas con trastornos mentales severos publicadas en revistas especializadas y a partir de la sistematización de sus propias observaciones clínicas sobre un trabajo grupal realizado durante un año y medio, Reyes sintetiza los siguientes factores terapéuticos de arteterapia grupal en esta población específica:

- La auto-observación de la creatividad es un medio de autoconocimiento, en tanto que revela otros aspectos del yo (Reyes, 2004).
- Se desarrolla un sentimiento de competencia y mejoría de la autoimagen a través de la experiencia con los materiales artísticos y el logro de ejecutar una actividad positivamente (Charlton, 1987).
- El trabajo artístico ayuda a contener la ansiedad y es un vehículo que favorece la relación (Skaife & Huet, 1998).

- En el trabajo creativo los trabajos son en sí mismos puentes de interacción interpersonal. La utilización de lenguaje no verbal favorece la autoexpresión y la comunicación (Dalley & Case, 1993).
- Los aspectos irracionales en un contexto creativo se vuelven más tolerables y esto favorece la exploración de sentimientos no tolerados, como por ejemplo, la agresividad o ideas delirantes (Sarra, 1998).
- La imagen visual creada durante el proceso grupal se constituye en metáfora que favorece los procesos de contención y cohesión grupal, enriqueciendo la dinámica grupal (Reyes, 2004).

Los resultados del estudio apoyan la investigación previa y corroborando así los resultados de los estudios realizados sobre el mismo tema. De acuerdo también con la guía NICE que destaca la eficacia tanto con pacientes hospitalizados como con ambulatorios, en nuestro estudio se observan los mismos resultados tanto en los pacientes hospitalizados en UME como en aquellos que se encuentran en recursos de rehabilitación. Es significativo que el valor que aumenta tras la actividad sea el de vigor, algo que deja constancia de la repercusión positiva en la sintomatología negativa.

Destacamos que el fundamental poder terapéutico no reside en el resultado de la obra sino en el acto de creación y en el proceso creativo. Por este motivo, cualquier disciplina artística en cualquiera de sus formas repercutirá positivamente en el estado emocional del paciente con psicosis. En el caso de la danza y teatro con una ventaja añadida que es la de añadidura del componente físico y de movimiento, algo deteriorado generalmente en esta población.

Bibliografía consultada:

MSC. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno psicótico Incipiente. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. 2009. Agència de' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

NICE. Core Interventions in the treatment and Management of schizophrenia in primary and secondary care. London, NICE:2009 (<http://guidance.nice.org.uk/CG82/Guidance/pdf/English>)

Andrade Fernandez, E.M., Arce Fernandez, C. Seoane Pesqueira, G. (2000) .“Aportaciones del POMS a la medida del Estado de ánimo de los deportistas: estado en cuestión” . *Psicología del deporte*. Vol. 9, num.1-2.pp 7-20. ISSN: 1132-239x.

Costa, V., Hergott, F.(2006). *Jean Dubuffet. Obras, escritos, entrevistas*. Barcelona: Polígrafa.

Cyrulnik, B. (2006). *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.

Düchting, H (2007). *Kandinsky*. Madrid : Taschen

Klingsöhr-Leroy, C (2008). *Surrealismo*. Madrid: Taschen

DSM-IV (2001). *Breviario. Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson.

López Fernández Cao, M., Martínez Díez, N (2006). *Arteterapia. Conocimiento interior a través del arte*. Madrid: Tutor Psicología.

Martínez Díez, N, López Fernández Cao, M. (2004). *Arteterapia y Educación*. Madrid: Conserjería de Educación de la Comunidad de Madrid. Dirección general de promoción educativa.

Menéndez, C., Olmo Romero-Nieva, F. (2010). “Arteterapia o intervención terapéutica desde el arte en rehabilitación psicosocial. *Informaciones psiquiátricas*. Num.201 3 trimestre 2010.

Neumann, E (1992). *Mitos del Artista*. Madrid : Tecnos.

Reyes, P. Arteterapia en el tratamiento con trastornos mentales severos: reflexiones, evidencias y retos. www.e-digitalis.com/articles.php?id=126

Sánchez Moreno, I., Ramón Ríos, N (2006). “La Colección Prinzhorn: Una relación falaz entre el arte y la locura”. “*Arte , individuo y salud*” , vol.18.pp 131-150. ISSN: 1131-5598.

Weisberg, W.R (1987). *Creatividad. El genio y otros mitos. Lo que tú, Mozart, Einstein y Picasso tenéis en común*. Barcelona: Labor

Winnicott DW.(1972) . *Realidad y Juego*. Barcelona: Gedisa.

VVAA (2007). *Outsider, an inside art*. Madrid: NAEMI.



