



Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

**Trabajo Final de Integración**

**TERAPIAS ADYUVANTES DE LA ESQUIZOFRENIA  
UNA EXPERIENCIA A TRAVES DEL ARTE**

Alumna: Noelia Brúscoli

Tutor: Dr. Alejandro Castro Solano

Fecha de entrega: 03/12/07

# INDICE

INTRODUCCION	3
Capítulo 1. DESARROLLO	4
1.1. La esquizofrenia y sus alteraciones	6
1.1.1. Los trastornos neurocognitivos	8
1.1.1.1. Atención y procesamiento temprano de la información	9
1.1.1.2. El funcionamiento Ejecutivo	10
1.1.2. La pérdida de competencias sociales	12
1.2. Alternativas actuales de tratamiento	15
1.2.1. El arte y la locura	18
1.2.2. Los talleres de arte	19
Capítulo 2. METODOLOGIA	23
Capítulo 3. RESULTADOS	29
Capítulo 4. CONCLUSIONES	41
Capítulo 5. BIBLIOGRAFIA	48
Capítulo 6. ANEXO	53

## INTRODUCCION

Actualmente se considera que las alteraciones de las funciones cognitivas sumadas a los síntomas negativos de la enfermedad, son las principales causas de los problemas del paciente esquizofrénico para responder adecuadamente a las demandas del medio social. La necesidad de mejorar la calidad de vida y a su vez de tratar de devolverle al enfermo su autonomía, han abierto un panorama de propuestas alternativas con el objeto de brindarle tratamiento integral (Andreasen & Flaum, 1991; Casarotti et al, 2003; Fernández Bruno & Gabay, 2003; Gisbert et al, 2002; Pardo, 2005; Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002).

Los hospitales neuropsiquiátricos cuentan con diferentes servicios y profesionales de diversas disciplinas, trabajando en equipos multidisciplinarios y brindando al paciente instancias de tratamiento de acuerdo al estadio en que se encuentra la enfermedad y que se adecuen a sus recursos y necesidades (Gisbert et al, 2002; Casarotti et al, 2003).

En un Hospital Neuropsiquiátrico de Mujeres las internaciones, en sus distintas modalidades, se realizan a través del servicio de guardia. Luego aquéllas pacientes ingresadas son derivadas al servicio de admisión, el cual cuenta con disponibilidad para 45 personas. La finalidad de este servicio consiste en la atención de los casos agudos y las recaídas de los pacientes ambulatorios externados. Para ello cuenta con un equipo de atención psiquiátrica y psicoterapéutica que realiza la evaluación de la patología que presenta el paciente, arribando a un diagnóstico presuntivo y determinando el tratamiento o la derivación correspondiente de acuerdo a las necesidades que presenta cada uno. A su vez, cada paciente es sometido a un examen clínico, ginecológico y de laboratorio para conocer el estado físico y descartar causas orgánicas.

Durante el desarrollo de la práctica profesional, el hospital atravesaba problemas edilicios por lo cual las pacientes crónicas de varios pabellones debieron ser trasladadas al servicio de admisión ya que se disponía de camas libres.

Dentro del servicio se pudo observar que las internadas demandaban atención constante de parte de los profesionales, que se reducía solo en aquellos momentos en los cuales se encontraban realizando alguna actividad. A su vez se observó la pobre

interacción entre las pacientes: el grupo de crónicas no interactuaba con el grupo de agudas, incluso en algunos casos se podían evidenciar signos de hostilidad, mientras que otras se encontraban aisladas.

Se presentó la propuesta de realizar un taller de expresión artística, con el objeto de brindarles un espacio terapéutico y mejorar la interacción entre las pacientes, la cual fue aprobada por el jefe del servicio y los demás profesionales a quienes se agradece por su apoyo y buena predisposición.

El objetivo general de este trabajo consistió en verificar la eficacia de un taller de expresión artística sobre la interacción y la función ejecutiva de pacientes esquizofrénicas crónicas y agudas.

El objetivo específico fue evaluar si existen diferencias en la eficacia del taller según la condición de las pacientes (aguda o crónica).

## **Capítulo 1. DESARROLLO**

La esquizofrenia es un trastorno mental severo que afecta al 1% de la población incidiendo mayormente en la franja entre 15 y 35 años.

Si bien existen alternativas de tratamiento, la mayoría de los enfermos no reciben el cuidado apropiado, lo cual contribuye a la cronicidad (Organización Mundial de La Salud, 2007).

Es fundamental evaluar la repercusión de esta enfermedad en la salud pública, ya que constituye un grave problema para la sociedad.

Representa uno de los problemas de mayor importancia en salud mental y se ha constituido en la base de estudios epidemiológicos en psiquiatría por los altos costos económicos y sociales que involucra para los pacientes y el Estado, así como por la grave discapacidad que causa en los pacientes, y la poca posibilidad de inserción al medio (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002; Cornejo León, Dragotto, Ramos, Klein, Vernimmen & Corral, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2007).

La discapacidad es una de las características más comunes que puede presentarse en las personas que padecen esquizofrenia, la cual genera una disminución en la calidad de vida. Según la Organización Mundial de la Salud, la esquizofrenia es una de las 10 enfermedades más discapacitantes entre los 15 y 44 años. (Murray & López, 1996).

Esta discapacidad se refiere al impedimento de producir en sociedad, es decir a la pérdida de productividad, que sumada al aumento del gasto médico, se convierte en una carga económica para la sociedad (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002).

Por lo tanto, la esquizofrenia genera costos directos e indirectos. Los primeros hacen referencia a los costos que surgen de los tratamientos y servicios que se brindan a los pacientes, es decir el desembolso de dinero por parte del estado o del paciente. Los segundos se definen como la pérdida de salarios del enfermo y sus cuidadores y el costo por la incapacidad que produce la enfermedad, es decir una disminución en la productividad, una pérdida de riqueza (Rovner, 2003).

La discapacidad afecta la capacidad para obtener o mantener un empleo, completar la educación, sostener la independencia económica, mantener la salud y el vínculo con los demás (Rovner, 2003).

Otras consecuencias de la esquizofrenia se refieren al estado de dependencia que genera y la pesada carga que implica, en términos de sufrimiento humano, la estigmatización del enfermo y sus familias (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005; Giner Ubago et al, 1998).

El tratamiento del paciente esquizofrénico es un desafío constante con el que se enfrenta el Sistema de Salud y los profesionales que trabajan para ello (Pardo, 2005). Las intervenciones deben ser integrales, ya que el esquizofrénico no solo se enfrenta con las consecuencias de la enfermedad, sino también con el rechazo y la estigmatización de la sociedad (Fernández Bruno & Gabay, 2003; Pardo, 2005).

Los síntomas propios de la enfermedad, al igual que los prejuicios y el desconocimiento de la sociedad, ocasionan conflictos y obstaculizan la rehabilitación del paciente. Sin embargo, la situación de la sociedad actual refleja la larga historia de alienación y marginación padecida por los enfermos mentales (Andreoli, 1992; Fernández Bruno & Gabay, 2003).

El movimiento de la desinstitucionalización fue un catalizador para la creación de nuevos dispositivos de tratamiento, así surgieron nuevas alternativas para aliviar los problemas que ocasiona la enfermedad mejorando la calidad de vida de aquellos que la padecen. Otra poderosa causa de actualizar los tratamientos se desprende de las numerosas necesidades y demandas que presentan los pacientes, a las cuales no se puede responder adecuadamente (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

Los talleres grupales de arte o expresión artística, son una manera novedosa de intervención. Si bien no es exclusiva para pacientes esquizofrénicos, diferentes investigaciones afirman que da buenos resultados trabajando con ellos, produciendo beneficios a nivel de relaciones interpersonales, solución de problemas y para estimular el ocio y el entretenimiento, problemáticas comunes de la esquizofrenia (Waller, 1993). En los talleres puede observarse el desempeño de los participantes, en una determinada actividad y su manera de interactuar con el grupo. Además se considera que las actividades creativas y artísticas ofrecen al paciente una alternativa a la comunicación verbal, brindándole una nueva manera de expresarse sin sentirse amenazado (Kramer, 1982; Rudí & Milness, 2003; Vassiliadou Yannaka, 2004)

## **1.1 LA ESQUIZOFRENIA Y SUS ALTERACIONES**

La esquizofrenia es una enfermedad mental compleja que afecta al 1% de la población y se caracteriza por su heterogeneidad clínica y evolutiva.

Puede afectar cualquiera de las esferas de la personalidad del sujeto, ya sea lo intelectual, afectivo, volitivo, valorativo de contextos y psicomotor (Andreasen, 1991; Marchant, 2002).

En 1889 Kraepelin la definió como demencia precoz, ubicándola dentro de las psicosis endógenas con pronóstico desfavorable (Marchant, 2002). A partir de entonces el concepto clínico de esquizofrenia continuó desarrollándose y se han propuesto distintas teorías acerca de su etiología, patofisiología, síntomas clínicos y tratamiento, contribuyendo al conocimiento de la enfermedad (Andreasen, 1997).

Actualmente la esquizofrenia tiene una definición clínico-evolutiva. Según el DSM IV TR, se requiere que dos o más de los síntomas siguientes, estén presentes durante una parte significativa de un período de 1 mes:

- ideas delirantes
- alucinaciones
- lenguaje desorganizado
- comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- síntomas negativos, como aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Además, para realizar el diagnóstico, se requiere la evaluación del paciente no solo respecto a la presencia de estos síntomas sino también en cuanto a los criterios siguientes, que se refieren al desempeño sociolaboral, a la duración de esta alteración, y al diagnóstico diferencial con otros trastornos, enfermedades médicas o consumo de sustancias (American Psychiatric Association, 2002).

Durante mucho tiempo se consideraba la diada de los síntomas positivos y negativos como el punto nodal de la enfermedad, por lo cual los trabajos científicos desde mediados de 1970 fueron enérgicamente dedicados al estudio de la misma.

Con la aparición de la clozapina en el ámbito de la farmacología, se inició una nueva etapa en el tratamiento de la esquizofrenia.

Los síntomas positivos eran mermados con la medicación y por lo general se obtenían resultados exitosos si el paciente adhería al tratamiento, por lo tanto se empezó a sostener la idea de que los problemas de los pacientes se debían en mayor medida a los síntomas negativos.

Kraepelin y Bleuler no habían pasado por alto los efectos producidos a nivel neurocognitivo, si bien hacen referencia de ellos en sus trabajos, es recién a partir de 1990 que empieza a darse importancia al estudio de éstas (Andreasen, 1997; Pardo, 2005; Berretoni, 1990).

El funcionamiento de las áreas neurocognitivas básicas al encontrarse deteriorado provoca impactos en la vida social del sujeto y se genera un nivel de desempeño inferior al previo en las diferentes áreas importantes de actividad.

Estas discapacidades o dificultades generan problemas para el desempeño normalizado en el medio social (American Psychiatric Association, 2004; Fernández Bruno & Gabay, 2003; Pardo, 2005)

### 1.1.1. Los trastornos neurocognitivos

Los avances en psicología cognitiva y las neurociencias contribuyeron al estudio de las funciones psicológicas superiores y sus alteraciones (Pardo, 2005).

A partir de los años 90, cobra mayor fuerza el interés por el estudio de las funciones neurocognitivas en el esquizofrénico, ya que se cuentan con diferentes herramientas para poder estudiar a fondo estas cuestiones (Andreasen, 1997; Berretoni, 1990; Fernández Bruno & Gabay, 2003; Pardo, 2005).

Se hace evidente que las alteraciones a nivel cognitivo son las que generan mayores problemas a la hora de continuar insertos en el medio social, por lo tanto la evolución y la rehabilitación de estos pacientes dependerá en gran medida de la gravedad de las alteraciones de las mismas (Fernández Bruno & Gabay, 2003; Gisbert et al, 2002; Pardo, 2005).

A pesar de los numerosos estudios realizados, no puede establecerse un perfil de deterioro neurocognitivo en la esquizofrenia, las variaciones pueden ser tan amplias que no puede realizarse una sistematización (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

Este tipo de alteraciones se han observado no solo durante la enfermedad sino también en los estadios premórbidos. En cuanto a la evolución de éstas, se cree que los pacientes sufren una declinación cognitiva al inicio de la enfermedad que luego se mantendrá estable a lo largo de la misma. (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

La esquizofrenia afecta diferentes esferas de la actividad cerebral, produciendo alteraciones a nivel de la memoria, el funcionamiento ejecutivo y la atención, entre otros. Estas alteraciones sumadas a los síntomas negativos de la enfermedad, conllevan dificultades para el desarrollo habitual de las actividades cotidianas y de las relaciones sociales e interpersonales (Gisbert et al, 2002; American Psychiatric Association, 2002).

Algunas teorías refieren que las alteraciones neurocognitivas son epifenómenos de los síntomas, sin embargo el resultado observado luego de episodios agudos demuestra



que las alteraciones neurocognitivas son independientes y se mantienen estables durante el curso de la enfermedad. (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

Es evidente y necesaria la máxima influencia de las capacidades cognitivas sobre el funcionamiento cotidiano de la persona, ya que el desempeño del individuo en el medio es un complejo de interrelaciones de habilidades.

La alteración de estas habilidades puede observarse en pacientes con esquizofrenia. Los pacientes crónicos por lo general presentan trastornos cognitivos, que son exacerbados por la medicación crónicamente administrada y la falta de estímulo psicológico y social. (Marchant, 2002).

#### 1.1.1.1 Atención y procesamiento temprano de la información

Los esquizofrénicos presentan alteraciones en su manera de atender y procesar los estímulos, debido a una falla en los procesos que protegen al individuo de ser inundados por ellos. (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

Se pueden utilizar numerosas pruebas para su evaluación. La técnica de los potenciales evocados se utiliza para profundizar en estas alteraciones. El paradigma del Backward Masking (Enmascaramiento posterior) evalúa el procesamiento temprano de la información visual, es decir, el filtrado, la selección y la organización de la información. En esta prueba, se presentan dos estímulos sucesivos, el segundo estímulo actúa como máscara interfiriendo en la percepción del primero. (Fernández Bruno & Gabay, 2003, Pardo, 2005).

El Continuous Performance Test (Prueba de la ejecución continua) se utiliza para evaluar la capacidad de atención. Se presentan estímulos fugaces en una pantalla y el paciente debe tocar una tecla ante la aparición de un estímulo determinado. Se observa que los pacientes esquizofrénicos presentan una latencia superior en el tiempo de reacción.

Por lo tanto, La entrada excesiva de estímulos no puede ser bien utilizada impidiendo la organización de la información y requiriendo mayor tiempo para el procesamiento de la misma (Fernández Bruno & Gabay, 2003, Pardo, 2005)

Nuechterlein y Dawson (1984) destacaron alteraciones básicas en el procesamiento temprano de la información:

- déficit en la atención sostenida en tareas con alta carga de procesamiento,
- déficit atencional ante estímulos auditivos distractores
- déficit en mantener la disposición para realizar una tarea.

Se pueden reconocer entonces los tres aspectos de la función atencional que pueden sufrir alteraciones en la esquizofrenia:

- a) Atención sostenida
- b) Atención dividida (a más de un estímulo al mismo tiempo)
- c) Procesamiento temprano de la información visual.

Las alteraciones de la memoria que presenta el paciente constituyen un factor importante para predecir la evolución de la enfermedad. Los sistemas de memoria no resultan afectados de la misma manera, siendo la procedural la que menos alteraciones sufre y se encuentra mejor conservada. Para su evaluación se utilizan los rompecabezas y la prueba de monitoreo del rotor (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

La memoria de trabajo puede definirse como la capacidad de procesamiento requerida para realizar dos tareas al mismo tiempo.

Las alteraciones que presenta la memoria a corto plazo sería una posible explicación para la abulia, la conducta social inadecuada y otros síntomas característicos de la enfermedad. Cuando el paciente realiza una actividad en la que se requiere el funcionamiento de la memoria de trabajo y la atención sostenida por lo general no logra un buen desempeño, ya que la actividad aparece frente a él desfragmentada y sin características lógicas. Su evaluación se realiza con las pruebas Digit Span Test y Wisconsin Card Sorting Test (Prueba de clasificación de cartas). (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

Se considera que la perturbación de la memoria a largo plazo es más a nivel de la evocación, ya que los pacientes no pueden organizar los componentes del recuerdo, y tampoco pueden mejorarlo. (Fernández Bruno & Gabay, 2003; Pardo, 2005).

#### 1.1.1.2. El funcionamiento ejecutivo

El funcionamiento ejecutivo es el conjunto de habilidades necesarias para planificar o ejecutar un acto, anticipando resultados, resolviendo problemas y cambiando estrategias según las demandas del medio. Estas habilidades permiten al individuo adaptarse y responder adecuadamente al entorno.

La flexibilidad cognitiva es sumamente necesaria para el normal desempeño de estas habilidades, al igual que el razonamiento abstracto (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

A causa de los trastornos en la función ejecutiva, el esquizofrénico pierde la flexibilidad cognitiva necesaria para diseñar, preparar y ejecutar acciones y evaluar los errores durante la realización de las mismas. El concepto de función ejecutiva también se corresponde, de algún modo, con el concepto de abstracción en algunos aspectos y el de volición en otros (Pardo, 2005).

La memoria de trabajo y el manejo de la información contextual forman parte de las funciones ejecutivas.

Los déficits neurocognitivos producen un impacto en las áreas de funcionamiento social, ocupacional y habilidades para la vida independiente, por lo tanto pueden ser predictores del resultado disfuncional de las mismas, (Fernández Bruno & Gabay, 2003; Pardo, 2005)

Se ha observado que los pacientes que presentan menos trastornos cognitivos tienen un mejor desempeño en las diferentes áreas, sin importar la sintomatología. (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

La evaluación del estado del paciente puede realizarse a través de la clínica o de la aplicación de pruebas psicométricas estandarizadas y pruebas neuropsicológicas específicas (Giner Ubago et al, 1998).

Las pruebas más utilizadas son el WCST y el Stroop Test, entre otros. En el WCST se muestran cartas sucesivamente, las cuales el sujeto debe hacer coincidir con alguna de una serie de cuatro cartas. La coincidencia puede ser por número, forma o color, la cual cambia sin decírselo al sujeto una vez que se han dado varias coincidencias correctas.

La prueba Stroop evalúa la inhibición activa de la respuesta. El paciente debe leer los nombres de cuatro colores escritos en colores y luego nombrar los colores de la tinta en que están escritas las palabras (Fernández Bruno & Gabay, 2003; Giner Ubago et al, 1998).

Para realizar la evaluación clínica se utilizan los datos procedentes de la historia clínica y se realiza la exploración psicopatológica para obtener información sobre el estado de la atención, orientación, lenguaje, memoria, pensamiento abstracto y funciones ejecutivas. Esta evaluación es realizada por el psiquiatra generalmente en las primeras

entrevistas (Giner Ubago et al, 1998).

Si bien estos problemas son propios de la enfermedad, al realizar la evaluación es necesario tener en cuenta otros factores que pueden estar implicados, tales como:

- Nivel educativo e intelectual antes del inicio de la enfermedad
- Motivación
- Tipo de Sintomatología dominante
- Cronicidad
- Institucionalización
- Tratamientos biológicos

Durante la fase aguda de la enfermedad, la sintomatología puede encubrir o exacerbar las deficiencias cognitivas, por lo cual en algunos casos la evaluación debe volver a realizarse una vez que el paciente se encuentre estabilizado.

Las pruebas estandarizadas no son comúnmente realizadas en todos los pacientes, sin embargo se requiere el uso de las mismas en algunas situaciones clínicas: necesidad de estimar el funcionamiento cognitivo actual, realizar diagnóstico diferencial con trastornos orgánicos cerebrales, cuando se presenta un deterioro muy significativo, etc. (Giner Ubago et al, 1998).

### 1.1.2 La pérdida de competencias sociales

Las diversas alteraciones neurocognitivas que causa la esquizofrenia, sumadas a la sintomatología característica de la enfermedad, afectan la capacidad para la resolución de problemas y la adquisición de nuevas destrezas. A su vez, el deterioro no permite el desarrollo de habilidades de afrontamiento, por lo tanto aumenta la vulnerabilidad ante situaciones estresantes. (Cavieres & Valdebenito, 2005).

En cuanto a la expresividad emocional se produce una notable disminución, la cual aparece como embotamiento y apatía, con escasez de expresiones faciales y voz monótona. También se presenta una reducción de la motivación y una falta de interés, lo cual repercute no solo en los proyectos sino también en las actividades de la vida cotidiana básicas, como la higiene y el orden.

El pensamiento se ve afectado en cuanto a calidad y cantidad, disminuyendo la

espontaneidad para hablar (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002).

En cuanto a las relaciones sociales y el intercambio con el medio, al no contar con las competencias necesarias para relacionarse, sufren una restricción importante.

Por lo tanto cuando se habla de funcionamiento social, se hace referencia a las áreas importantes de actividad:

- Cuidado personal (higiene, hábitos de vida, vestimenta, manejo del entorno, etc.)
- Autonomía (manejo del dinero, orientación temporoespacial, etc.)
- Funcionamiento cognitivo
- Funcionamiento laboral o académico
- Relaciones interpersonales y familiares
- Autocontrol
- Ocio y tiempo libre

Estas áreas pragmáticas son las que deben ser evaluadas, ya que la falta de habilidades y competencias son consideradas discapacidades por no permitir el desempeño adecuado de roles sociales del individuo en la comunidad. (Gisbert et al, 2002; Rodríguez, 1997).

La importancia de evaluar el funcionamiento global del sujeto radica en que esta información es un importante factor del pronóstico evolutivo de la enfermedad. (Gisbert et al, 2002; Rodríguez González, Pardo, 2005; Cavieres & Valdebenito, 2005).

Se utiliza la escala de funcionamiento global como instrumento para evaluar el nivel de deterioro del desempeño social. Otros factores que se tienen en cuenta al evaluar la gravedad del deterioro son los aspectos relacionados con el tratamiento, la repercusión del trastorno en el medio familiar y la red y apoyo social con el que cuenta (Giner Ubago et al, 1998).

No debe pasarse por alto que, aunque se compartan problemas más o menos comunes, éstos se concretan en cada individuo, en cada persona, de un modo particular e individualizado en función de la interacción (diacrónica y sincrónica) de múltiples factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales que concurren en la historia y la vida de cada uno de ellos, y asimismo en función de la atención y servicios que reciben.

El deterioro provocado por la enfermedad debe interactuar con barreras sociales, tales como la marginación y el estigma, que agravan aun más la situación del paciente.

El estigma asociado al esquizofrénico es un fuerte obstáculo para encontrar trabajo, vivienda, conseguir pareja, acceder a servicios sociales y a la educación (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002; Ibacache et al, 2001; Rodríguez, 1997).

Los juicios de valor infundados presentes en la cultura, tales como considerar a los enfermos tontos, peligrosos y responsables de su padecer, contribuyen a sostener la situación en la que vive el enfermo, ya que las posibilidades son negadas de antemano.

Si bien la esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por su heterogeneidad clínica y evolutiva, se puede hacer una distinción a grandes rasgos de la condición del sujeto al inicio de la enfermedad, y luego de la cronificación de la misma.

Luego de la primera aparición de la sintomatología, por lo general, al hacer la anamnesis se reconocen hechos en el pasado que de alguna manera anunciaban el desenlace.

Los síntomas y signos prodrómicos, es decir las primeras manifestaciones de la enfermedad, generalmente son diagnosticados retrospectivamente. Pueden referirse a quejas inespecíficas, tales como cefaleas, molestias digestivas, dificultades de concentración, etc. También se observan cambios en la conducta, el pensamiento y afecto del paciente, y un deterioro en el funcionamiento social, que no pasa desapercibido por familiares y amigos. (Ibacache et al, 2001).

Por lo general, debido al brote esquizofrénico se interrumpen el curso de las actividades diarias, por lo cual si la persona se encontraba manteniendo algún tipo de relación laboral o académica esta cesaría. A su vez, lo que se ve interrumpida es la rutina diaria de la vida del sujeto, que a partir del momento de la internación es reemplaza por la rutina hospitalaria. (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002; Ibacache et al, 2001).

En pacientes crónicos internados en instituciones psiquiátricas se puede observar la pérdida de atributos necesarios para la vida independiente (Jordá et al, 1986):

- Usos normativos de convivencia más básicos.
- La toma de decisiones.
- La comunicación.
- La autoestima y la percepción

La esquizofrenia no afecta sólo al enfermo, sino también a su familia y al entorno en el que vive (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1996)

Al generarse un estado de dependencia en los enfermos, debido a la pérdida de su autonomía psíquica o intelectual, los familiares deben brindarles su ayuda y asistencia en el desarrollo de las actividades diarias. En síntesis, la dependencia se caracteriza por suprimir la vida autónoma del enfermo, obligando a necesitar la ayuda de terceros a desenvolverse en la vida cotidiana (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

La carga sobre el cuidador puede ser definida de dos maneras, objetiva y subjetiva. La primera se refiere a aquéllas alteraciones que son observables y verificables en la vida del cuidador, causada por el trabajo de supervisar y estimular al paciente. La segunda esta ligada la sensación de angustia generada por el hecho de que un familiar sufra la enfermedad, sumada a la obligación y opresión generada por las tareas que debe realizar para la misma. Esta además se relaciona con las preocupaciones sobre los tratamientos y el futuro de la persona, y el ambiente tenso que se genera alrededor del paciente y los familiares (Giner Ubago et al, 1998; Organización Mundial de la Salud, 1998).

## 1.2 ALTERNATIVAS ACTUALES DE TRATAMIENTO

La realidad del sistema de salud y del paciente demanda la creación constante de sistemas de asistencia. Estas alternativas se adecuan a las necesidades de los pacientes de acuerdo al momento evolutivo de la enfermedad por lo tanto tienen distintos objetivos y diferentes lugares de atención (Casarotti et al, 2003).

El sistema de salud actual ofrece diferentes alternativas de tratamiento al paciente esquizofrénico. Desde las terapias tradicionales hasta las más novedosas son desarrolladas en el ámbito público y privado.

La terapia farmacológica es la intervención terapéutica por excelencia, ya que reduce considerablemente los síntomas del trastorno (Kaplan & Sadock, 1998). Inmediatamente luego de arribar al diagnóstico, al paciente se le prescribe un tratamiento

farmacológico que se extenderá en el tiempo bajo control del médico psiquiatra tratante (Casarotti et al, 2003).

En los últimos años se ha comprobado que el tratamiento con antipsicóticos combinado con otro tipo de intervenciones, tales como las terapias de rehabilitación o las psicosociales, pueden aumentar la mejoría clínica (Kaplan & Sadock, 1998; Lenroot, Bustillo, Lauriello & Keith, 2003). Un tratamiento farmacológico con una terapia psicosocial o de rehabilitación que lo complemente disminuyen un 50% la tasa de recaídas en comparación con los pacientes tratados solo con fármacos y tratamiento estándar (Hogarty & Ulrich, 1998).

El buen control sintomatológico producido por la terapia farmacológica no parece ser suficiente para las discapacidades que dificultan el funcionamiento autónomo y la integración social (Gisbert et al, 2002).

Según Goffman (1970), las instituciones totales generan un efecto desocializante en los pacientes, afectando su capacidad habitual para el desempeño en situaciones sociales. La rehabilitación y las intervenciones psicosociales históricamente han constituido un aporte fundamental en la atención psiquiátrica. (Casarotti et al, 2003)

Las mismas apuntan a mejorar aquellos síntomas que interfieren en las actividades de la vida cotidiana, y tienden a mejorar la calidad de vida. Tienen como objetivo entrenar a los pacientes en aquellas habilidades y competencias sociales que son afectadas por la enfermedad y que son necesarias para integrarse satisfactoriamente al medio (Gisbert et al, 2002). Por lo tanto están dirigidas maximizar la adaptación social minimizando las dificultades sociales y ocupacionales (Casarotti et al, 2003).

Son indispensables para la adquisición y recuperación de las habilidades del paciente, y es necesario el apoyo flexible y continuo para favorecer la integración en los diferentes entornos. (Gisbert et al, 2002)

El profesional que trabaja con estos enfoques requiere evaluar tanto los factores patológicos del paciente como los funcionales y los de calidad de vida (Casarotti et al, 2003)

Los objetivos generales de las distintas aproximaciones psicosociales son:

- Reducir la vulnerabilidad al estrés



- Aumentar las capacidades de adaptación
- Estimular la resolución de problemas
- Favorecer la integración y evitar el aislamiento
- Planificar objetivos individualizados
- Prevenir las recaídas

Estas intervenciones son destinadas a los pacientes que presenten discapacidad en actividades de la vida cotidiana, habilidades sociales, funcionamiento académico, laboral u ocupacional y utilización del tiempo libre (Casarotti et al, 2003).

Las intervenciones psicosociales se vuelven indispensables a la hora de trabajar con pacientes crónicos institucionalizados (Kaplan & Sadock, 1998). Para ello se utilizan diferentes modalidades de intervención, como ser el entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiares psicoeducativas, programas de reinserción laboral, casas de medio camino, centros de días, etc. También se ofrece al paciente otro tipo de espacios tales como la musicoterapia, danza, terapia ocupacional, acompañamiento terapéutico y diversidad de talleres, además de programas creados en distintos servicios que responden a las necesidades específicas de los pacientes con los que trabajan (Gisbert et al, 2002).

Las intervenciones grupales han demostrado efectividad en el tratamiento del paciente esquizofrénico crónico (Kaplan & Sadock, 1998, Kanas, 2002). Esta modalidad ofrece la oportunidad de una retroalimentación inmediata de los pacientes, y permiten al terapeuta la observación de las respuestas emocionales y conductuales de los participantes. La característica común de los grupos terapéuticos es la utilidad para reducir el aislamiento social, incrementar el sentido de cohesión y mejorar la calidad de vida del paciente (Kaplan & Sadock, 1998). Además, la terapia de grupo resulta apropiada para enseñar habilidades que refuercen las relaciones interpersonales y de afrontamiento (Atkinson, Coia, Gilmour & Harper, 1996; Kanas 1996).

El formato grupal permite a los pacientes compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastar la realidad de sus experiencias, brindar y recibir apoyo, disminuir el aislamiento y favorecer el vínculo con los otros. (González Torres & Ruiz Parra, 2005)

Según Guimon y Totorika (1983), el grupo brinda a sus integrantes experiencias de socialización y modelos de comportamiento.

El movimiento de la desinstitucionalización trajo consigo la proliferación de intervenciones que declaran producir beneficios en el tratamiento. Sin embargo, no todo es tan claro con respecto a estas propuestas, ya que desde la perspectiva de evidencia de eficacia se tienen escasos resultados (Cassarotti et al, 2003).

Las nuevas intervenciones aún están en proceso de formación, por eso es necesario poder realizar estudios para obtener resultados confiables y evaluar si es que son recursos apropiados y útiles para el tratamiento.

Los talleres grupales de libre expresión o arte son un ejemplo claro de ello. Es un recurso que esta empezando a generar su espacio, cobrando fuerza la profesión de arte terapeuta en diferentes países del mundo (Vassiliadou Yannaka, 2004).

#### 1.1.5 El arte y la locura.

Se puede hacer un breve recorrido sobre los acontecimientos vinculados entre el arte y la locura para obtener una visión más amplia de la situación actual.

La fascinación por las producciones gráficas de los alienados despertó la atención de los estudiosos desde dos perspectivas diferentes.

Por un lado, en 1876, Max Simon se dedicó a estudiar las características que presentaban los dibujos de los enfermos mentales, los cuales clasificó en cinco tipos fundamentales, que correspondían a un síndrome particular. Con este trabajo se inicia el interés por el significado clínico de las producciones gráficas.

Por otro lado, entre los años 1880 y 1882, Lombroso fue uno de los primeros en plantear el binomio genio-locura, ámbito posible para el desarrollo del arte y la creatividad. Su inclinación surge cuando nota la necesidad de los enfermos mentales y de los prisioneros de expresarse espontáneamente a través del dibujo, producciones que podían compararse con el arte primitivo. Es a partir de entonces que se desarrolla el discurso por el valor artístico de las mismas (Andreoli, 1982).

Entre 1910 y 1914, Freud dedica algunos de sus artículos al estudio del hecho artístico, el cual lo interpreta sobre la base de las pulsiones inconscientes y el narcisismo. A su vez, destaca la acción curativa de la actividad creativa, al igual que el amor y el trabajo (Andreoli, 1982; Melgar & López de Gomara, 1991).

Pensadores contemporáneos difieren en la validez de los conceptos psicoanalíticos en relación al hecho artístico. Ricoer considera que la obra de arte es el resultado de una síntesis personal y constituye soluciones más que conflictos no resueltos (Melgar & López de Gomara, 1991).

En 1922, Delgado publica el libro “El dibujo de los psicópatas”, utilizando los conceptos freudianos para el estudio de la producción gráfica y la búsqueda de símbolos.

El punto de vista de Lombroso, aparece dominante en el volumen de Prinzhorn, publicado en 1922, constituido por una excepcional selección de pinturas realizadas por pacientes esquizofrénicos internados en hospitales psiquiátricos (Kris, 1955).

Esta colección generó gran atracción entre los surrealistas por sus cualidades estéticas. El estilo característico de las pinturas psicóticas, sus atributos rústicos y arcaicos, fueron suficientes para incorporarlas dentro del denominado Arte Brut.

Diferentes artistas, tales como Dubuffet, Breton, Tapies y Rattou, fueron los promotores de esta nueva estética, caracterizada por sus autores espontáneos, carentes de formación artística y separados de los ambientes intelectuales. Destacaban el valor de lo salvaje, de lo primitivo, de la operación artística bruta producto de los impulsos tal como surgen en la mente del creador (Melgar & López de Gomara, 1991; Vassiliadou Yannaka, 2004).

Si bien esta relación entre locura y arte ha sido un tema de fascinación para muchos, también ha generado controversias. Según Kris (1955), es muy escaso el número de pacientes que muestra cierta tendencia a la producción artística, y la búsqueda del genio en el insano más que una realidad palpable se ha convertido en una moda.

#### 1.1.6. Los talleres de arte.

Los diferentes tipos de producción artística han sido siempre una vía de escape para el conflicto del hombre entre sus instintos y la exigencia del mundo social. (Kramer, 1982).

Las producciones gráficas de los pacientes constituyen una de las técnicas más utilizadas para evaluar al paciente. Las técnicas proyectivas consisten en diferentes test, en los cuales el paciente tiene que realizar dibujos según la consigna dada, y luego, el terapeuta será el encargado de interpretar los contenidos inconscientes que han sido plasmados. Por lo tanto, pueden ser utilizadas como recursos auxiliares del diagnóstico y

tratamiento, y además constituyen una valiosa herramienta para la evaluación de la personalidad.

Sin embargo, los dibujos y pinturas realizados por los pacientes no solo tienen valor interpretativo en sí mismos, sino que constituyen una alternativa para la observación y evaluación de la conducta en cuanto a realizar una determinada actividad, y a su vez ayuda a la comprensión de la personalidad total. (Kramer, 1982).

El arte permite sublimar las pulsiones, por lo tanto el artista busca su liberación a través de comunicar su obra a otros. La expresión artística sería una manera de transferir sus pensamientos y fantasías sin culpabilidad o temor a ser ridiculizado (Vassiliadou Yiannaka, 2004).

Este proceso sublimatorio se caracteriza por transformar un impulso antisocial en un acto socialmente productivo, reemplazando el placer de la gratificación original, por el placer que produce el acto social (Kramer, 1982).

El arte emerge de la confluencia de habilidades cognitivas, emocionales y prácticas, dando lugar a la formación de nuevos esquemas mentales. Wertheimer define el proceso creador como el pasaje de una situación estructuralmente inestable hacia una situación en la que se ofrece una solución. A través de este pasaje se puede obtener una mejor gestalt, una nueva estructuración. (Frente de Artistas del Borda, 2003).

En las terapias creativas grupales como los talleres de arte, también conocidas con el nombre de ergoterapia, se trabaja con los pacientes en la realización de actividades creativas relacionadas con la vida diaria, que además permiten la organización de una rutina. Las mismas cuentan con diferentes objetivos (Correa, 2005):

- Contribuir a la expresión, exploración y redefinición de las relaciones con sí mismo y los otros
- Contribuir al alivio de los conflictos emocionales
- Estimular las destrezas sociales
- Reducir la ansiedad y favorecer la conducta adaptativa
- Aumentar la autoestima y la orientación en la realidad

Uno de sus aspectos característicos es que los materiales artísticos pueden constituir el vínculo necesario para que personas gravemente perturbadas puedan participar de la terapia psicodinámica (Deco, 1998).

La arte terapia permite lograr una transacción entre el paciente, la obra de arte y el terapeuta. El objeto de toda terapia de traer elementos inconscientes a un plano consciente para su análisis, se realiza a través del símbolo artístico y la metáfora (British Association of Art Therapists, 1989).

El paciente puede comunicar tanto lo racional como lo irracional a través de la expresión plástica, logrando una propia aceptación que no amenace su integridad creadora y ofreciéndole una manera diferente de explorar su mundo interior. Esto ayudaría a afirmar el sentido del yo, que muchas veces no está claro en la esquizofrenia y se ve amenazado dentro de las instituciones hospitalarias (Ruddy & Milnes; 2003).

El terapeuta trata de lograr que personas perturbadas puedan acceder al goce y a la satisfacción que el trabajo creativo proporciona, utilizando su destreza terapéutica para que dichas experiencias tengan valor significativo para la personalidad total.

El terapeuta debe planificar las condiciones adecuadas para que la actividad creativa resulte placentera y estimular a cada paciente a alcanzar el grado de sublimación artística para el cual está capacitado (Kramer, 1982).

Un estudio de investigación realizado en el cual se recopiló información sobre las diferentes investigaciones realizadas para probar la eficacia de la arte terapia, reveló que a pesar de ser diseños de investigación diferentes, producen efectos positivos muy similares (Reynolds, Nabors & Quinlan, 2000).

En 1987, Green realizó un estudio con pacientes esquizofrénicos en el cual su objetivo fue demostrar cómo una experiencia grupal corta con la arteterapia podría ayudar a los pacientes a mejorar la autoestima y fomentar una interacción positiva con otros. En 1992, Richardson realizó un ensayo aleatorio basado en la arteterapia grupal cuyo objetivo era evaluar los efectos de la arteterapia sobre la calidad y el resultado clínico de los pacientes (Ruddy & Milnes, 2003).

En el año 2003 un estudio realizado en New York afirmaba que los gráficos realizados por los pacientes son una representación directa y clara de los síntomas de su patología. El estudio muestra que la arte terapia ayuda a modificar las proyecciones

psicóticas y a proveer un acercamiento constructivo hacia a la rehabilitación. El uso de terapias tradicionales en conjunción con el uso de terapias creativas ha demostrado ser una herramienta efectiva en el tratamiento aliviando la sintomatología (Crespo, 2003).

Sin embargo, a pesar la proliferación de intervenciones de este tipo, todavía quedan cuestiones bajo la sombra, que deben ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones (Ruddy & Milnes, 2003).

## Capítulo 2. METODOLOGIA

### 2.1. Tipo de estudio

Estudio de seguimiento sobre un grupo de pacientes con un diseño tipo A-B.

### 2.2. Participantes

18 pacientes mujeres de 24 a 66 años, diagnosticadas con diferentes tipos de psicosis, que se encontraban internadas en el servicio de admisión del Hospital entre los meses de julio y septiembre del año 2006. Estas pacientes tenían un período de internación mayor a un mes y cursaban más de un año de evolución de la enfermedad.

La distinción entre agudas y crónicas se refiere a su condición dentro del hospital: las pacientes agudas son aquellas que por sufrir una descompensación habían ingresado al hospital y eran derivadas al servicio para ser diagnosticadas y permanecer en él durante un tiempo determinado, mientras que las pacientes crónicas eran aquellas que permanecían indefinidamente en el hospital y que se encontraban ocupando camas en el servicio de admisión a causa de las condiciones edilicias del hospital.

Por las características del trabajo, se tuvo en cuenta la posibilidad del ausentismo o abandono de las pacientes.

De las pacientes que participaron tenían 5 eran menores de 30 años, 10 tenían entre 30 y 60 años y 3 eran mayores de 60 años, En cuanto a hospitalizaciones previas, 11 habían tenido internaciones anteriores y 7 de ellas eran internadas por primera vez (ver Anexo).

En cuanto al diagnóstico, 10 pacientes tenían esquizofrenia, 3 recibieron el diagnóstico de esquizofrenia residual, 2 de descompensación psicótica, y cada una de las restantes recibieron el diagnóstico de esquizofrenia y retraso mental, esquizofrenia residual y esquizofrenia paranoide (ver Anexo).

Según el nivel de formación, el 11,1% finalizó la primaria, el 44,4% finalizó sus estudios secundarios y el 11,1% finalizó sus estudios universitarios. El 33,3% no finalizó la secundaria (ver Anexo).

Con respecto a la condición dentro del hospital, 10 pacientes eran agudas y 8 crónicas (ver Anexo).

### 2.3. Instrumento

Se diseñó una grilla para registrar las observaciones realizadas en 18 pacientes en cuanto a interacción y funcionamiento ejecutivo durante un taller de expresión artística. La misma se expone a continuación en la figura 1:



Figura 1. Planilla para el registro de las observaciones.

<b><u>GRILLA DE OBSERVACIÓN</u></b>		
<b>Paciente:</b>		
<b>Fecha:</b>		
<b>1. Motivación/ Interés</b>		
<b>a) Concurrencia de la paciente</b>		
a. espontánea	b. debe ser llamada	
<b>2. Interacción</b>		
<b>b) Frecuencia</b>		
a. frecuente	b. ocasional	c. no interactúa
<b>c) Destinatarios</b>		
a. compañeras	b. coordinadores	c. ambos
<b>d) Modo</b>		
a. adecuado	b. inadecuado	
<b>3. Función Ejecutiva</b>		
<b>e) Frecuencia de la actividad</b>		
a. constante	b. de a ratos	c. no trabaja
<b>f) Curso de la actividad</b>		
a. finaliza	b. no finaliza	
<b>g) Cumplimiento de la Consigna</b>		
a. respeta la consigna	b. no respeta la consigna	
<b>4. Motivación/ Interés</b>		
<b>h) Momento en que la paciente se retira</b>		
l trabajo	b. en cualquier momento	c. al finalizar el taller

Esta planilla permite evaluar, mediante un observador externo, la interacción entre las pacientes, la función ejecutiva y la motivación e interés para la realización del taller.

Los ítems 1 y 4 evalúan la *motivación y el interés* de las pacientes en cuanto a la concurrencia y a su permanencia en el mismo. Con respecto al ítem que caracteriza la concurrencia, la paciente puede asistir por su propia voluntad al taller, o de lo contrario debe ser llamada y disuadida a concurrir. Este punto hace referencia a la motivación y al interés que representa la actividad para la paciente, lo cual influye en la participación de la misma. El ítem que hace referencia al momento en que la paciente se retira del taller también es un indicador. Se registró si las pacientes finalizaban la tarea y se retiraban, a modo de haber cumplido con el taller y poder disponer de su tiempo fuera del mismo; si se retiraban en cualquier momento, independientemente de haber finalizado el dibujo o incluso no haberlo empezado; o si se quedaban hasta el final del taller, lo que incluye el cierre final.

El ítem 2 evalúa la *interacción* según tres aspectos:

1. hace referencia a la frecuencia con la que interactuaron las pacientes, si lo hicieron frecuentemente, solo en algunas ocasiones o no lo hicieron en ningún momento.
2. evaluación de la participación en la introducción y el período de socialización; y durante la duración del taller, teniendo en cuenta el contenido del discurso y la manera de participar, es decir si la paciente respeta el turno al hablar o interrumpe, si logra comunicarse adecuadamente o no puede responder apropiadamente.
3. se tuvo en cuenta con quien interactuó la paciente, si lo hizo con las compañeras, con los coordinadores, o con ambos.

El ítem 3 evalúa el *funcionamiento ejecutivo* también en tres aspectos:

1. la frecuencia con la que trabajaron durante el taller, es decir si lo hicieron constantemente, de a ratos, o en ningún momento.
2. se tuvo en cuenta si la paciente pudo sobrellevar la actividad, en el sentido de mantener la atención constante para iniciar, mantener y finalizar una tarea. Por lo tanto se tuvo en cuenta si interrumpió o finalizó su trabajo.
3. se refiere a si la paciente respetó la consigna indicada para realizar la producción gráfica. No se tiene en cuenta la calidad del dibujo, es decir no importa si el dibujo está bien logrado o no, lo que es necesario es que se

haya trabajado sobre el tema que se dio en la consigna.

También se tuvo en cuenta el ausentismo de las pacientes, lo cual se registro en una planilla adicional, así como también el abandono, el cual podía ser por alta o derivación a otro servicio.

Para la obtención de los datos sociodemográficos de las participantes se recurrió a las historias clínicas, de las cuales se tomaron los datos correspondientes como ser: edad, nivel de escolaridad, diagnóstico presuntivo, internaciones anteriores y condición dentro del hospital (aguda o crónica).

## 2.4. Intervención

La intervención consistió en el registro de las observaciones durante tres momentos diferentes. La primera fue realizada al momento de inicio del taller, la segunda al mes y la última a los dos meses.

El taller de expresión artística se realizó con una frecuencia de dos encuentros a la semana, de 2.30 h. cada uno, durante los meses de julio y septiembre. La modalidad del taller consistió en realizar al inicio una breve introducción sobre el tema a desarrollar donde se trataba de establecer una charla grupal y luego se daba la indicación a las pacientes sobre el tema que había que realizar el trabajo. Seguidamente se repartían los materiales y las pacientes realizaban sus dibujos.

Una vez que iban finalizando los trabajos, estos se colocaban en la mesa de exposición, donde los demás, incluyendo médicos y enfermeras, tenían la posibilidad de pasar a mirar los dibujos terminados.

Finalmente se hacía un breve cierre con los comentarios del grupo.

Por lo tanto, la dinámica de taller puede dividirse en tres momentos característicos:

1. introducción y período de socialización
2. desarrollo de la actividad
3. finalización y cierre

## 2.5. Procedimiento

Producto de las observaciones realizadas en el Taller de lectura de diarios y en Terapia Ocupacional, y en el tiempo libre de las pacientes, se decidió elaborar una forma de registrar el proceso, tomando en cuenta los elementos más objetivos que sean adecuados para medir las conductas observables de los pacientes. Esto limitó el número de variables a incorporar, decidiendo incluir las que permitieran una evaluación mensurable e indicaran un cambio en la actividad de las pacientes

Se concluyó que lo adecuado era diseñar una grilla para registrar las observaciones. En esta lo que se registra es el valor que se da a cada una de las variables que se observan.

Se hicieron pruebas piloto para verificar la eficacia del instrumento en base a las cuales se realizaron los ajustes necesarios. Estos cambios consistieron en eliminar aquéllos ítems que excedían a los objetivos del presente trabajo y en la reformulación de los que no resultaban claros. La versión final consta de 9 ítems, que hacen referencia a la interacción y al funcionamiento ejecutivo de las pacientes durante el desarrollo del taller con opción de respuesta cerrada.

El registro de las observaciones fue llevado a cabo durante el inicio, desarrollo y finalización de las clases realizadas. Para llevarlo a cabo, se utilizaron las grillas de observación previamente fechadas y consignadas con los nombres de las participantes. Se presenció el taller desde un costado del salón, sin interferir con el campo de desplazamiento de las pacientes.

Las observaciones fueron realizadas sobre 18 pacientes durante los meses de julio y septiembre, con un total de 3 mediciones.

Por lo tanto, los datos fueron recogidos en tres etapas distintas: al inicio del taller, al mes y a los dos meses, cuando finaliza. Luego se realizó el análisis descriptivo de los mismos obteniendo la frecuencia y los porcentajes correspondientes a cada etapa. Por último se compararon los resultados obtenidos en los tres momentos de medición.

## Capítulo 3. RESULTADOS

A continuación se informan los resultados obtenidos luego de dos meses de seguimiento en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, para verificar la eficacia de un taller de expresión artística sobre la interacción entre las pacientes y el funcionamiento ejecutivo.

Las Tablas 1, 2 y 3 comparan los resultados obtenidos de la variable *interacción* en las tres etapas que se recogieron los datos.

Al momento de inicio del taller el 52,9% de las pacientes no interactuó en ningún momento, y el 41,2% solo lo hizo ocasionalmente. Al mes siguiente, se puede observar una disminución de pacientes que no interactuaron, con un 11,8% y se produce un aumento de pacientes que interactuaron en forma ocasional, con un 52,9%. La última medición, realizada a los dos meses, indica que el 53,3% de las pacientes interactuó frecuentemente, y un 40% lo hizo en forma ocasional. Por lo tanto se observan resultados favorables, ya que la frecuencia de la interacción fue creciendo y disminuyó la cantidad de pacientes que no interactuaban, pudiendo la mayoría integrarse al grupo.

Tabla 1.

*Frecuencia de la interacción.*

Frecuencia de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Frecuente	1	5,9	6	35,3	8	53,3
Ocasional	7	41,2	9	52,9	6	40
En ningún momento	9	52,9	2	11,8	1	6,7
Total	17	100	17	100	15	100

En cuanto al modo de la interacción, del total de las pacientes que interactuaron el primer día, el 60% lo hizo de manera adecuada, y el 40% no lo hizo apropiadamente. Al

mes siguiente el 93,3% interactúa adecuadamente. A los dos meses, la totalidad de las pacientes realizo interacciones oportunas y convenientes.

Tabla 2.

*Modo de la interacción.*

Modo de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Adecuada	6	60	14	93,3	14	100
Inadecuada	4	40	1	6,7	0	0
Total	10	100	15	100	14	100

La variable destinatarios de la interacción también tuvo cambios importantes, Al inicio solo un 2,5% de las pacientes interactuó con los coordinadores y las pacientes, mientras que al mes siguiente lo hizo el 60%. Luego de los dos meses el 100% de las pacientes interactuó con todo el grupo.

Tabla 3.

*Destinatarios de la interacción.*

Destinatarios de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Compañeras	0	0	1	6,6	0	0
Coordinadores	7	87,5	5	33,4	0	0
Ambos	1	2,5	9	60	14	100
Total	8	100	15	100	14	100

En la tabla 4 se exponen los resultados obtenidos de la variable frecuencia de la actividad, donde se observan marcadas diferencias al inicio y a los dos meses. En un primer momento, del total de las pacientes que concurrieron el 76,5% trabajó y el 23,5% no lo hizo. La segunda medición realizada muestra una reducción de pacientes que no

trabajan y un crecimiento de pacientes que lo hacen constantemente. Finalmente el 100% de las pacientes trabajó, del cual el 80% lo hizo de manera constante.

Tabla 4.

*Frecuencia de la actividad.*

Frecuencia de la actividad	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Constante	6	35,3	8	47,1	12	80
Ocasional	7	41,2	6	35,3	3	20
No trabaja	4	23,5	3	17,6	0	0
Total	17	100	17	100	15	100

El curso de la actividad, representado en la tabla 5, muestra que el 100% de las pacientes que trabajaron al inicio finalizaron el trabajo. Este dato no sufre modificaciones a los dos meses siguientes.

Tabla 5.

*Curso de la actividad.*

Curso de la actividad	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Finaliza	13	100	11	78,5	15	100
No finaliza	0	0	3	21,5	0	0
Total	13	100	14	100	15	100

El 76,9% cumplió la consigna al inicio, sin embargo al mes siguiente se observa que solo respeta la consigna un 57,1% y un 42,9% no lo hace. Luego de los dos meses, se nota un incremento importante de pacientes que si cumplen con la consigna indicada, siendo un 86,6% del total (ver Tabla 6).

Tabla 6.

*Cumplimiento de la consigna.*

Cumplimiento de la consigna	Al inicio	Mes 1	Mes 2
-----------------------------	-----------	-------	-------

	n	%	n	%	n	%
Cumple	10	76,9	8	57,1	13	86,6
No cumple	3	23,1	6	42,9	2	13,4
Total	13	100	14	100	15	100

La variable motivación e interés también fue evaluada y los resultados, según los diferentes momentos de medición, se expresan en las tablas 7 y 8. Se produjo un aumento de concurrencia espontánea del 100% a los dos meses, contrariamente a lo ocurrido durante el inicio cuando el 74,7% de las pacientes debieron ser llamadas para concurrir.

En cuanto al momento en que la paciente se retira, también se observa a los dos meses un aumento del 100%, con respecto al inicio cuando solo el 47,1% permanecía hasta la finalización del taller.

Tabla 7.

*Concurrencia de las pacientes.*

Concurrencia de la paciente	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Espontánea	5	29,3	15	88,2	15	100
Debe ser llamada	12	74,7	2	11,8	0	0
Total	17	100	17	100	15	100

Tabla 8.

*Momento en que se retira.*

Momento en que se retira	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Al finalizar la actividad	5	29,4	1	5,9	0	0
En cualquier momento	4	23,5	1	5,9	0	0
Al finalizar el taller	8	47,1	15	88,2	15	100
Total	17	100	17	100	15	100



*Ausentismo y Abandono durante el seguimiento.*

Durante el seguimiento algunas pacientes no se presentaron al taller por diferentes motivos, y otras fueron dadas de alta o derivadas a otro servicio. Estos datos son expresados en la tabla 9. En el inicio y en el primer mes se obtuvo una inasistencia.

Luego, a los dos meses, del total de las participantes 3 abandonaron el servicio. Sin embargo, las restantes acudieron al taller y ninguna estuvo ausente.

Los datos correspondientes se expresan en la siguiente tabla:

Tabla 9.

*Ausentismo y abandono.*

Frecuencia de la concurrencia	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Presente	17	94,4	17	94,4	15	83,3
Ausente	1	5,6	1	5,6	0	0
Abandono	0	0	0	0	3	16,7
Total	18	100	18	100	15	100

*Resultados obtenidos según la condición de las pacientes: agudas y crónicas.*

En las tablas 10 y 11 se exponen los resultados obtenidos por las pacientes agudas y crónicas respectivamente. Se observa que las pacientes agudas interactuaron con mayor frecuencia que las crónicas. A los dos meses el 71,4% de las agudas lo hizo de manera frecuente, y de las crónicas solo un 37,5%.

Tabla 10.

*Frecuencia de la interacción en pacientes agudas.*

Frecuencia de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Frecuente	0	0	5	55,5	5	71,4
Ocasional	5	55,5	3	33,3	1	14,3
En ningún momento	4	44,5	1	11,2	1	14,3

Total	9	100	9	100	7	100
-------	---	-----	---	-----	---	-----

Tabla 11.

*Frecuencia de la interacción en pacientes crónicas.*

Frecuencia de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Frecuente	1	12,5	1	12,5	3	37,5
Ocasional	2	25	6	75	5	62,5
En ningún momento	5	62,5	1	12,5	0	0
Total	8	100	8	100	8	100

A continuación, las tablas 12 y 13 indican que las pacientes crónicas al inicio del taller se comunicaron de manera adecuada en un 75% en comparación con un 50% de pacientes agudas. Por otro lado, a los dos meses, el 100% de las participantes de los dos grupos se comunicó correctamente.

Tabla 12.

*Modo de la interacción (agudas).*

Modo de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Adecuada	3	50	8	100	6	100
Inadecuada	3	50	0	0	0	0
Total	6	100	8	100	6	100

Tabla 13.

*Modo de la interacción (crónicas).*

Modo de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Adecuada	3	75	6	85,7	8	100

Inadecuada	1	25	1	14,3	0	0
Total	4	100	7	100	8	100

Con respecto a la variable destinatarios de la interacción, cuyos resultados se exhiben en las tablas 14 y 15, se observa una diferencia ya que el 100% de las pacientes agudas que interactuaron en el inicio lo hicieron solamente con los coordinadores, en cambio las crónicas lo hicieron en un 66,6%, y el 33,4% restante se dirigió no solo a los coordinadores sino también a sus compañeras.

Tabla 14.

*Destinatarios de la interacción.*

Destinatarios de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Compañeras	0	0	0	0	0	0
Coordinadores	5	100	3	37,5	0	0
Ambos	0	0	5	62,5	6	100
Total	5	100	8	100	6	100

Tabla 15.

*Destinatarios de la interacción.*

Destinatarios de la interacción	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Compañeras	0	0	1	14,3	0	0
Coordinadores	2	66,6	2	28,6	0	0
Ambos	1	33,4	4	57,1	8	100
Total	3	100	7	100	8	100

Al comparar los resultados expresados en la tabla 16 y 17 que se refieren a la frecuencia de la actividad, se puede distinguir que las pacientes agudas trabajaron con menos constancia que las crónicas. Esta diferencia puede notarse al inicio del taller, y durante los meses siguientes. Además, al inicio solo una participante crónica no trabajo, y

durante los meses siguientes lo hizo el 100%, sin embargo el 33,3% de las pacientes agudas no trabajo ni al inicio, ni al mes siguiente. Recién se obtiene un 100% de pacientes que trabajan al segundo mes.

Tabla 16.

*Frecuencia de la actividad.*

Frecuencia de la actividad	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Constante	2	22,2	3	33,3	5	71,4
Ocasional	4	44,5	3	33,3	2	28,6
No trabaja	3	33,3	3	33,3	0	0
Total	9	100	9	100	7	100

Tabla 17.

*Frecuencia de la actividad.*

Frecuencia de la actividad	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Constante	4	50	5	62,5	7	87,5
Ocasional	3	37,5	3	37,5	1	12,5
No trabaja	1	12,5	0	0	0	0
Total	8	100	8	100	8	100

No se observan diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la capacidad de poder finalizar la actividad. El 100% de las pacientes de ambos grupos finalizaron su trabajo al inicio y a los dos meses, y se registro que durante el mes 1 solo una paciente aguda y 2 crónicas no pudieron finalizar la tarea.

Tabla 18.

*Curso de la actividad (agudas).*

Curso de la actividad	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Finaliza	6	100	5	83,4	7	100

No finaliza	0	0	1	16,6	0	0
Total	6	100	6	100	7	100

Tabla 19.

*Curso de la actividad (crónicas).*

Curso de la actividad	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Finaliza	7	100	6	75	8	100
No finaliza	0	0	2	25	0	0
Total	7	100	8	100	8	100

Se advierte que la totalidad de las pacientes agudas que participaron al inicio respetaron la consigna indicada, lo cual no sucede con las pacientes del otro grupo ya que solo el 57,1% pudo respetar la indicación dada y el resto no lo hizo.

A los dos meses la diferencia entre los grupos es menor, un 85,7% de las agudas finalizaron el trabajo, al igual que el 87,5% de las crónicas.

Tabla 20.

*Cumplimiento de la consigna (agudas).*

Cumplimiento de la consigna	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Cumple	6	100	5	45,5	6	85,7
No cumple	0	0	6	54,5	1	14,3
Total	6	100	11	100	7	100

Tabla 21.

*Cumplimiento de la consigna (crónicas).*

Cumplimiento de la consigna	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Cumple	4	57,1	3	37,5	7	87,5

No cumple	3	42,9	5	62,5	1	12,5
Total	7	100	8	100	8	100

Las tablas 22 y 23 reflejan los resultados obtenidos de la manera de concurrir de las pacientes. Puede notarse que al inicio solo un 33,3% de agudas concurre de manera espontánea, al igual que el 25% de las crónicas. Estos resultados sufren una modificación luego de los dos meses, ya que la totalidad de las pacientes de ambos grupos concurre por propia voluntad.

Tabla 22.

*Concurrencia de las pacientes agudas.*

Concurrencia de la paciente	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Espontánea	3	33,3	7	77,8	7	100
Debe ser llamada	6	66,7	2	22,2	0	0
Total	9	100	9	100	7	100

Tabla 23.

*Concurrencia de las pacientes crónicas.*

Concurrencia de la paciente	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Espontánea	2	25	8	100	8	100
Debe ser llamada	6	75	0	0	0	0
Total	8	100	8	100	8	100

Según el momento en que se retira la paciente del taller se observa una evolución favorable de ambos grupos, ya que si bien al inicio solo el 44,4% de las agudas y el 50% de las crónicas permanecieron hasta el final, a los dos meses el 100% de todas las participantes que concurren se retiraron al finalizar el taller.

Tabla 24.

*Momento en que se retira (agudas).*

Momento en que se retira	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	N	%
Al finalizar la actividad	2	22,2	0	0	0	0
En cualquier momento	3	33,4	1	11,1	0	0
Al finalizar el taller	4	44,4	8	88,9	7	100
Total	9	100	9	100	7	100

Tabla 25.

*Momento en que se retira (crónicas).*

Momento en que se retira	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Al finalizar la actividad	3	37,5	1	12,5	0	0
En cualquier momento	1	12,5	0	0	0	0
Al finalizar el taller	4	50	7	87,5	8	100
Total	8	100	8	100	8	100

Cuando se analizan la cantidad de pacientes que estuvieron presentes y ausentes durante los tres momentos, se advierte que el grupo de agudas tuvo una sola inasistencia en las dos primeras instancias, y el grupo de crónicas no tuvo ninguna. Además, a los dos meses 3 pacientes agudas abandonaron el taller por ser dadas de alta, situación que no se produce en las pacientes crónicas y la asistencia nuevamente es perfecta.

Tabla 26.

*Ausentismo y abandono (agudas).*

Frecuencia de la concurrencia	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Presente	9	90	9	90	7	70
Ausente	1	10	1	10	0	0
Abandono	0	100	0	0	3	30
Total	10	100	10	100	10	100

Tabla 27.

*Ausentismo y abandono (crónicas).*

Frecuencia de la concurrencia	Al inicio		Mes 1		Mes 2	
	n	%	n	%	n	%
Presente	8	100	8	100	8	100
Ausente	0	0	0	0	0	0
Abandono	0	0	0	0	0	0
Total	8	100	8	100	8	100



## Capítulo 4. CONCLUSIONES.

Los objetivos de este TFI consistieron en la evaluación de la eficacia de un taller de expresión artística sobre la interacción entre las pacientes y el funcionamiento ejecutivo, y analizar si existen diferencias en cuanto a la condición de la internación (aguda o crónica) que presentaban las pacientes.

Teniendo en cuenta que el taller es un adyuvante del tratamiento, podemos decir que produce buenos y eficaces resultados. No hay que pasar por alto que esta intervención era una mas de las que se realizaban dentro del hospital, por lo tanto venia a complementar el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.

El motivo de la elección de este dispositivo como adyuvante de las terapias tradicionales, responde a la necesidad de constatar la utilidad de este recurso como favorecedor de relaciones sociales y facilitador de la capacidad de comunicación, aspectos muy comprometidos en la esquizofrenia. También se evalúa el funcionamiento ejecutivo, ya que el grado de deterioro que presente la paciente en esta área cognitiva, será factor esencial para la participación de las actividades propuestas durante el taller. Si bien la forma mas adecuada de evaluar el funcionamiento neurocognitivo es a través de pruebas neuropsicológicas estandarizadas, en este trabajo se realiza la propuesta de evaluarlo a través de la observación de la capacidad de la paciente de iniciar, mantener y completar una actividad que no amenaza al individuo ni le produce altos montos de estrés, por las características mismas que presenta la actividad creadora y artística y también por presentarse dentro de un marco de ocio y entretenimiento, donde el paciente se siente fuera de las presiones de la terapia.

Cuando se habla de función ejecutiva, se esta haciendo referencia a un área cognitiva de funcionamiento vital en la cotidianidad del hombre. La misma posibilita la respuesta y adaptación al medio, por lo cual su alteración genera dificultades en el desempeño (Pardo, 2005). La alteración de la misma imposibilita a la persona el diseño y ejecución de las acciones, y a su vez lo priva de la capacidad de la corrección de los errores durante el transcurso de una tarea. Esto se debe a la falta de flexibilidad cognitiva que no permite la automonitorización lo cual se traduce en la imposibilidad de encontrar

la manera correcta de realizarlo. Por lo tanto, no se puede pasar por alto la alta implicancia de su deterioro en la calidad de vida del paciente, así como en su situación de dependencia.

Las comparaciones realizadas al inicio, al mes y a los dos meses, de las observaciones realizadas, permiten obtener un panorama de la eficacia del taller de expresión artística sobre las variables anteriormente mencionadas.

Los resultados obtenidos coinciden con diferentes estudios realizados y con la bibliografía actual que caracteriza a esta disciplina.

Una de las secuelas de la esquizofrenia es el poco interés y la falta de motivación hacia lo novedoso, al igual que la incapacidad de manejar el ocio y el tiempo libre (Rodríguez, 1997). Esto puede advertirse en el comportamiento de las pacientes cuando se le ofrece concurrir al taller, al inicio la mayoría debieron ser llamadas y disuadidas para participar y solo unas pocas lo hicieron por propia voluntad. Sin embargo, en la última medición se evidencia un cambio notable, ya que las pacientes luego de haber tenido la experiencia del taller repetidas veces concurren espontáneamente.

Algo similar se observa con respecto al momento en que se retiran del taller, ya que al concluir el seguimiento la totalidad de las pacientes permanecían hasta la finalización del mismo. Por lo tanto se puede afirmar que el taller logro captar la atención y el interés de las pacientes, o por lo menos volverse una actividad de la vida cotidiana de las mismas sin que la misma fuera rechazada ni tampoco tuvieron que ser obligadas a realizarla.

Con respecto a la interacción, se obtuvieron resultados favorables en comparación a la situación en la que se encontraban las pacientes antes de la intervención. Se produjo un aumento en la cantidad de interacciones y una mejoría en el modo de realizarlas, sin embargo hay que tener en cuenta que la mayoría de las pacientes no interactuaban frecuentemente, sino ocasionalmente, lo cual se debe a la alteración que sufre el pensamiento en cantidad y calidad, disminuyendo la espontaneidad para hablar (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2002). También se puede destacar que se amplía el campo a quien van dirigidas las interacciones, ya que al finalizar el seguimiento el total de las pacientes logró comunicarse con todos los integrantes del taller, por lo tanto se pudo lograr favorecer la integración y evitar el aislamiento.

En cuanto a la función ejecutiva, se entiende que el deterioro de la misma se mantiene estable desde el inicio de la enfermedad, sin embargo las pacientes iniciaron, finalizaron y cumplieron con la actividad en más ocasiones luego de los dos meses de iniciarse el taller. Esto puede atribuirse a que la falta de estimulación de las áreas cognitivas aporta aún mayor dificultad para su correcto funcionamiento.

Las terapias creativas (arte, danza y musicoterapia) son partes complementariamente significativas de la medicina moderna. Estas contribuyen en todas las áreas del cuidado de la salud, y están presentes en la mayoría de los tratamientos de enfermedades psicológicas. Sin embargo, el bagaje de investigaciones e información que se tiene de las mismas, es más pequeño que el de la medicina tradicional. Este tipo de terapias están tratando de ser validadas a través de estudios experimentales más controlados y estudios descriptivos. Las arte terapias contribuyen significativamente a la humanización y al confort del moderno sistema de salud que ofrecen las instituciones, reduciendo el estrés, la ansiedad y el dolor de los pacientes y sus cuidadores (Pratt, 2004).

Un estudio realizado en Ohio, Cincinnati; con un grupo de pacientes psiquiátricos crónicos ambulatorios y un grupo control que no recibió el tratamiento, reveló que luego de diez semanas de encuentros de arte terapia tuvieron un crecimiento significativo en las actitudes hacia ellos mismos y hacia el vínculo o relación con los otros. Según los autores el estudio demuestra el potencial de la arte terapia como soporte complementario del tratamiento tradicional. (Green, Wehling & Taisky, 1987).

Otro estudio realizado en Torino, Italia, con un grupo de pacientes crónicos institucionalizados, tuvo como objetivo demostrar que las terapias de arte permiten afirmar el sentimiento de pertenencia y la participación creativa, convirtiéndose en un método muy ventajoso para restaurar la comunicación en la esquizofrenia (Fassino & Ferrero, 1980).

Los talleres de expresión artística presentan dos ventajas sobresalientes. Por un lado por el hecho de ser un dispositivo de tipo grupal, los cuales ya han sido ampliamente estudiados y se tiene evidencia suficiente para afirmar que los mismos son apropiados para el aprendizaje de habilidades sociales y de afrontamiento, brindando un soporte social a los pacientes, generalmente carente en los mismos. A su vez dentro de los

formatos grupales el paciente acepta más fácilmente las observaciones sobre su conducta y puede compartir su experiencia y su situación frente a la enfermedad con personas que también la padecen, fortaleciendo las relaciones interpersonales y la aceptación y comprensión de la enfermedad (Lamberti, 1995; Atkinson, 1996; Kanas, 1996).

La otra ventaja de estos talleres deriva de las propiedades “curativas” del arte, supuesto difundido entre quienes trabajan en salud mental y a nivel social general. Los procesos sublimatorios descritos por Freud, consideran al proceso artístico como una forma eficaz de sublimar las pulsiones. El artista encuentra la liberación a través de hacer real el mundo de la fantasía de un modo socialmente aceptado, procurando la satisfacción. (Grupo de artistas del Borda, 2002; Kramer, 1982; Melgar & López de Gomara, 2001, Kris, 1955).

Además, el simple acto de crear, de ser el propio creador de la existencia de un objeto en el mundo, genera una satisfacción personal, no solo porque surge el aspecto más subjetivo y original del ser humano sino también porque este objeto puede ser apreciado por un público externo. Por lo tanto en el proceso creativo se conjugan el aspecto subjetivo y el social posibilitando un efecto final terapéutico (Grupo de artistas del Borda, 2002; Kris, 1955).

Si bien los trabajos que realizaban las pacientes respondían a una consigna exterior dada por el coordinador, la forma de manifestarlo era producto de sus propias inquietudes, fantasías y deseos en tanto individuo único y particular.

En cuanto a las diferencias entre los resultados obtenidos entre pacientes agudas y crónicas, se puede observar que las agudas presentaron menor interés y motivación en el taller, lo cual se tradujo también en la frecuencia con que realizaron las actividades propuestas. Esto podría pensarse como el resultado de oponerse a formar parte de un contexto extraño, al cual ingresan luego de realizar un corte con su vida cotidiana. También podría agregarse la falta de conciencia de la enfermedad, ya que pudo advertirse que las pacientes que ingresaban decían no tener ningún problema y no entendían el por qué de la internación. El no involucrarse en las actividades hospitalarias permite al paciente no sentirse parte de esa institución, esto no solo pudo advertirse en el taller, sino en las conductas diarias de las pacientes, incluso en su forma de relacionarse con el

conjunto de personas que integraban la institución. Podría aplicarse también lo que decía Freud, que la actividad creadora recién se inicia luego de un amainamiento de la etapa aguda, de hecho las obras presentadas en la Colección Prinzhorn fueron realizadas por pacientes luego de muchos años de su internación inicial. Por lo tanto, el producto creativo final, vendría a ser el esfuerzo realizado por el paciente de darle un sentido a la pérdida de integración que sufrió (Melgar & López de Gomara, 2001).

En cuanto a la interacción no tuvieron dificultades mayores, de hechos los resultados obtenidos en los tres momentos de medición son más favorables que los conseguidos por las pacientes crónicas. Estos puede deberse a que las pacientes con una historia de larga data de internación pierden la capacidad para relacionarse, no solo por el hecho de estar recluidas en la institución sino también porque esto genera que no tengan la posibilidad de poner en práctica y estimular las habilidades sociales.

Al observar los resultados del funcionamiento ejecutivo, no se evidencian diferencias significativas. Tanto las pacientes agudas como crónicas que realizaron la actividad fueron capaces de iniciar y finalizar el dibujo. Como se dijo anteriormente, se cree que el deterioro cognitivo causado por la enfermedad se mantiene invariable desde el comienzo, y no tiene relación con la edad del paciente, la edad de inicio ni la duración de la enfermedad; siendo similares a los encontrados en esquizofrénicos jóvenes (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

Con respecto al cumplimiento de la consigna se advierten diferencia durante los tres momentos en que se recogieron los datos. Según las dos primeras mediciones las pacientes agudas respetaron la consigna en más oportunidades que las crónicas. Al observar los dibujos terminados de las pacientes crónicas se evidencia que algunas de ellas en repetidas ocasiones realizaron el mismo dibujo, sin poder cumplir con la consigna indicada, lo cual podría relacionarse con la falta de flexibilidad cognitiva, que se traduce en perseverancia. Otra causa puede estar relacionado con la exacerbación de los trastornos cognitivos debido a la medicación administrada por largos periodos y la falta de estímulo social. No obstante, la última medición realizada no muestra diferencias entre los dos grupos.

Si bien se obtuvieron resultados favorables, sería necesario seguir recabando información sobre este tipo de intervención, contando con una muestra más amplia y

también un mayor tiempo de seguimiento, o realizar un estudio con caso-control. La superación de estas limitaciones permitiría disponer de un estudio más complejo, y con datos más consistentes. También sería conveniente poder contar con métodos más desarrollados para la recolección de los datos, así se podría obtener una medición más objetiva y evitar recabar la información solo a través de la observación.

A su vez, esto permitiría obtener mayor información de cómo trabajar con esta técnica, y delimitar cuales son las poblaciones más beneficiadas y cual sería el tiempo de duración más conveniente para lograr los resultados deseados.

De esta manera, se podrían diseñar programas de arteterapia más eficaces y que se adecuen a las características propias de la población objetivo. Esto favorecería su aplicación en los diferentes contextos institucionales, tanto públicos como privados.

Actualmente se puede afirmar que las personas que padecen esquizofrenia y son tratadas adecuadamente, pueden desarrollar una vida normalizada e integrada a la comunidad. Sin embargo, el tratamiento inadecuado o la carencia del mismo, conduce al deterioro progresivo y al abandono, afectando todas las esferas de la personalidad (social, cognitiva, afectiva) lo que impide el correcto desempeño en las actividades de la vida diaria.

Durante internaciones prolongadas, el paciente se sumerge en la rutina del hospital, generalmente pasa todo el día sin realizar nada en particular, contribuyendo al deterioro de su funcionamiento cognitivo por la falta de estimulación del mismo.

Es notoria la necesidad de lograr espacios para los pacientes crónicos, tanto por la necesidad de mejorar la calidad de vida como de favorecer su tratamiento. La vida del hospital priva al paciente de intercambios sociales, lo que a su vez genera poco entrenamiento en el mismo, y contribuye a su manera inadecuada. La participación de actividades organizadas, donde se promueven la libre expresión y la creación como parte del proceso, brindan a los pacientes una alternativa a la rutina de la vida hospitalaria. El intercambio y el vínculo con los materiales y objetos despiertan una cualidad instintiva del hombre, que es el deseo de crear, de dar forma. Algunas veces el motivo es la necesidad de expresión siendo la vía alternativa a la oral. Otras veces se debe

simplemente a la satisfacción sublimatoria que permite el arte como actividad creadora. (Gisbert, 2002; Goffman, 1970).

Hoy es posible ofrecer al paciente numerosas alternativas para su tratamiento, las cuales involucran la integración social y comunitaria de la persona enferma (Palma Sevillano, 2007).

Por eso, es importante conocer los nuevos recursos con que se cuenta y elaborar nuevas estrategias y dispositivos, sin embargo también es necesario evaluar la utilidad y la validez de los mismos, como es el caso de los talleres de arte. Si bien aun no se disponen de numerosos estudios, se esta tratando de generar un cuerpo de conocimiento que avale esta técnica, y ese es el motivo por el cual se realizo el presente trabajo, para contribuir y aportar información sobre la misma, con el objeto de hacer frente a las numerosas problemáticas que presentan los pacientes.

No debe olvidarse de que el paciente esquizofrénico primero es un ser humano y por lo tanto, además de presentar dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica, también tiene las mismas necesidades básicas que aquellos que no padecen la enfermedad.

“¿Puede quedar alguien en el mundo civilizado  
que crea que la psicosis priva a la gente de  
su humanidad?”  
*Strindberg.*

## Capítulo 5. BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia*. En formato digital disponible en: <http://www.psych.org/>
- Andreasen, N. C. (1989). The American concept of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 15 (4): 519-31. En formato digital disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Andreasen, N. C. & Flaum, M. (1991) Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*; 17 (1):27-49. En formato digital disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Andreasen, N. C. & Carpenter, W. T. (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*; 19 (2):199-214. En formato digital disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- Andreasen, N. C. (1997). The evolving concept of schizophrenia: From Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*; 28, 2-3, 105-109. En formato digital disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
- Andreoli, V. (1992). *El lenguaje gráfico de la locura*. México: Fondo de Cultura Económica
- Asociación Mundial de Psiquiatría. (2000). *La esquizofrenia abre las puertas*. En formato digital disponible en: <http://www.esquizofreniaabrelaspuertas.com>
- Atkinson J.M, Coia D.A., Gilmour W.H. & Harper, J.P. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *The British Journal of Psychiatry*, 168: 199-204. En formato digital disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/abstract/168/2/199>



- Berretoni, P. A. (1990). Cronología histórica de los conceptos clínicos sobre esquizofrenia. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Alcmeon*, 1: 59-77. Alcmeon: Buenos Aires: Alcmeon.
- Buchanan, B. K. & Carpenter, W. T. (2004). The deficit syndrome in schizophrenia: implications for the treatment of negative symptoms. En formato digital disponible en: <http://www.elsevier.com>
- Casarotti, H.; Pardo, V.; Labarthe, A.; Labraga, P.; Valiño, G.; Fernández, M., et al. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 67 (1): 76-110. En formato digital disponible en: [http://www.mednet.org.uy/spu/revista/ago2003/06\\_pautas.pdf](http://www.mednet.org.uy/spu/revista/ago2003/06_pautas.pdf)
- Cavieres, F. & Valdebenito, M. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de neuropsiquiatría*; 34, 43(2): 97-108- En formato digital disponible en: <http://www.scielo.cl>
- Crespo, V.R. (2003). Art therapy as an approach for working with schizophrenic patients. *International Journal of Psychotherapy*, 8 (3): 183-193. En formato digital disponible en: <http://www.taylorandfrancis.metapress.com>.
- Cornejo-León, Dragotto, Ramos, Klein, Vernimmen & Corral. (2006). Tratamiento farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica Alcmeon*, 13 (3): 20-29. Buenos Aires: Alcmeon
- Fassino, S. & Ferrero A. (1980). Art therapy and chronic schizophrenia. Reflections on various aspects of social feelings and the creative self. *Confin Psychiatric* 23(4):193-208. En formato digital disponible en: <http://www.medline.com>
- Fernández Bruno, M. & Gabay, P. M. (2003). *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves*. Buenos Aires: Polemos.
- Gisbert, C.; Arias P.; Camps, C.; Cifre, A.; Chicharro, F.; Fernández, J., et al. (2002). Rehabilitación Psicosocial del trastorno Mental Severo. Situación Actual y Recomendaciones. *Cuadernos Técnicos*, 6. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*.
- Gisbert, C. (2003). El reto de la rehabilitación en el hospital psiquiátrico. *Informaciones Psiquiátricas*, N°171.

- Guimón, J. & Totorika, K. (1983) Psicoterapia grupal para la competencia social del esquizofrénico. *Psiquis*; IV (2):35-40. En formato digital disponible en: <http://www.bibliopsiquis.com>
- Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Green, B. L.; Wehling, G. & Taisky, J. G. (1987). Group art therapy as an adjunct to treatment for chronic outpatients. *American Psychiatric Association*, 38:988-991. En formato digital disponible en: <http://ps.psychiatryonline.org>
- Grupo de Estudios Frente de Artistas del Borda (2003). Arte, Subjetividad y Salud Mental. Recuperado el día 10 de septiembre de 2006 en: <http://www.segundoenfoque.com.ar/estudiofab.doc>
- Hogarty, G.E & Ulrich, R.F. (1998). The limitations of antipsychotic medication on schizophrenia relapse and adjustment and the contributions of psychosocial treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 32(3-4):243-50. Recuperado el 23 de septiembre de 2006 de la base de datos NCBI.
- Icabache, N. et al. (2001). Orientaciones Técnicas para el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas con esquizofrenia. *Ministerio de Salud de Chile*. En formato digital disponible en: <http://www.portalsaludmental.com>
- Kanas, N. (1996) Group therapy for schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 163:937-b-938. En formato digital disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/163/5/937-b>
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). *Sinopsis de psiquiatría*. (8va ed.) Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kramer, E. (1982). *Terapia a través del arte en una comunidad infantil*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Kris, E. (1955). *Psicoanálisis y arte*. Buenos Aires: Paidós.
- Marchant, N. (2000). *Experiencias Comunitarias en el Hospital Moyano*. Buenos Aires: Ananké.
- Marchant, N. (2002). *Tratado de Psiquiatría*. Quilmas: Ananké.

- Melgar, M. C; López de Gomara E.; Doria Medina R. (2000). *Arte y locura*. Buenos Aires: Lumen.
- Ministerio de Trabajos y Asuntos Sociales de España. (2005). *Atención a las Personas en situación de Dependencia en España. Libro Blanco*. Capítulo VI Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Murray C. J. L, López A. D. (1996) *The Global Burden of Disease*. Geneva: World Health Organization
- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull*, 10(2):300-12. Recuperado el de septiembre de 2006 de la base de datos NCBI.
- Lenroot, R.; Bustillo, J. R.; Lauriello, J. & Keith, S. J. Integrated Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54:1499–1507.
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Schizophrenia and public health. En formato digital disponible en: <http://www.who.int>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Schizophrenia. En formato digital disponible en: <http://www.who.int>
- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. I. Estudios cognitivos en pacientes esquizofrénicos: puesta al día. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (1):71-83. En formato digital disponible en: [http://www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2005/04\\_edm\\_02.pdf](http://www.mednet.org.uy/spu/revista/jun2005/04_edm_02.pdf)
- Pratt, R. R. (2004). Art, dance and music therapy. *Physical medicine & rehabilitation clinics of North America*. 15 (4): 827-841. En formato digital disponible en: <http://www.pmr.theclinics.com>
- Reynolds, M. W., Nabors, L., Quinlan, A. (2000). The effectiveness of art therapy. Does it work? *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, v17 n3 p207-13. En formato digital disponible en: <http://www.eric.ed.gov>
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.
- Rovner, J. L. (2003). *La Esquizofrenia (Primera Parte)*. Confederación Farmacéutica Argentina. Recuperado el 10 de Octubre de 2007 en: <http://www.cofa.org.ar/esquizofrenia.htm>

- Ruddy, R. & Milnes D. (2006). Art therapy as an approach for working with schizophrenic patients. *International Journal of Psychotherapy*, 8 (3): 183-193. En formato digital disponible en: <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab003728.html>
- Straccia, J. (2005). Arte por la desmanicomialización. Recuperado el 27 de Agosto de 2006 en: [http://segundoenfoque.com.ar/fab\\_sava.htm](http://segundoenfoque.com.ar/fab_sava.htm)
- Sociedad Española de Psiquiatría. (1998). *Consenso español sobre evaluación y tratamiento de la esquizofrenia*. En formato digital disponible en: <http://www.medicinainformacion.com>
- Vassiliadou Yiannaka, M. (2004). La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos: arte terapia y esquizofrenia. Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid. En formato digital disponible en: <http://www.ucm.es/eprints/4856/>
- Waller, D. (2004). *Group Interactive Art Therapy*. London: Routledge.

## Capítulo 6. ANEXO

*Variables sociodemográficas de las pacientes participantes.*

Tabla 1.

*Variable edad*

<b>Edad</b>	<b>&lt;30</b>	<b>30 – 40</b>	<b>40 - 50</b>	<b>50 – 60</b>	<b>&gt; 60</b>	<b>Total</b>
<b>Frecuencia</b>	5	2	4	4	3	18
<b>%</b>	27,7	11,1	22,2	22,2	16,6	100

Tabla 2.

*Variable diagnóstico presuntivo*

<b>Diagnóstico presuntivo</b>	<b>Esquizofrenia</b>	<b>Esquizo residual</b>	<b>Esquizo. hebefrénica</b>	<b>Esquizo. paranoide</b>	<b>Esquizo y retraso mental</b>	<b>Descomp. Psicótica</b>	<b>Total</b>
<b>Frecuencia</b>	10	1	3	1	1	2	18
<b>%</b>	55,5	5,5	16,6	5,5	5,5	11,1	100

Tabla 3.

*Variable internaciones anteriores*

<b>Internaciones anteriores</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Total</b>
<b>Frecuencia</b>	11	7	18
<b>%</b>	61,1	38,8	100

Tabla 4.

*Variable nivel educativo*

<b>Nivel Educativo</b>	<b>Primaria Incomp.</b>	<b>Primaria Comp.</b>	<b>Sec. Incomp.</b>	<b>Sec. completo</b>	<b>Univ. incompleto</b>	<b>Univ. completo</b>	<b>Total</b>
<b>Frecuencia</b>	-	2	8	6	-	2	18
<b>%</b>	-	11,1	44,4	33,3	-	11,1	100

Tabla 5.

*Variable condición dentro del hospital*

<b>Condición</b>	<b>Aguda</b>	<b>Crónica</b>	<b>Total</b>
<b>Frecuencia</b>	10	8	18
<b>%</b>	55,5	44,4	100