

Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia

Yaroska CEBALLO BELLO¹

yaro.cb@gmail.com

Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela

Jhonny DE VASCONCELOS DE FREITAS¹

artepsique@gmail.com

Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela

Aline FERREIRA CORREIA¹

fc.aline@gmail.com

Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela

Recibido: 15/03/12

Aceptado: 22/11/12

RESUMEN

En esta investigación se diseñó y aplicó un Programa de Arteterapia de doce sesiones, en donde los participantes realizaron expresiones gráficas bidimensionales ejecutadas tanto de forma libre como guiadas, con el objetivo de reducir la sintomatología clínica de la Esquizofrenia, la cual fue evaluada en condiciones de pre y post test mediante las Escalas de Cognición Social (GEOPTe) y de Síntomas Positivos y Negativos (PANSS). El análisis cuantitativo realizado reflejó diferencia estadísticamente significativa únicamente en el componente de la variable dependiente referido al reporte de la cognición social por parte del personal de salud de la institución. Los resultados son discutidos considerando información cualitativa recabada de manera anecdótica.

Palabras clave: Arteterapia, Esquizofrenia, Sintomatología Clínica.

Referencia normalizada

Ceballo Bello, Y., Vasconcelos de Freitas, J., Ferreira Correia, A. (2012). "Efectos de un programa de arteterapia sobre la sintomatología clínica de pacientes con esquizofrenia". En *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* Vol.7: páginas 207-222. Madrid. Servicio de publicaciones UCM.

SUMARIO

Introducción teórica. Aproximación metodológica. Resultados. Discusión. Referencias bibliográficas.

¹ Escuela de Psicología. Universidad Central de Venezuela.

Effects of an art therapy Program on the clinical symptomatology of patients with schizophrenia

ABSTRACT

In this investigation we designed and applied an art therapy program of twelve sessions, where the participants performed, both freely and guided, two-dimensional graphic expressions with the purpose of reducing the schizophrenia's clinical symptomatology. It was evaluated in pre and post test sessions using the Social Cognition Scale (GEOPTe) and Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). The quantitative analysis shows difference with statistical significance in only one dependant variable's components, referred to the Report of Social Cognition by the institution's health staff. The results are discussed taking into consideration qualitative information collected in a naturalistic way.

Keywords: Art Therapy, Schizophrenia, Clinical Symptomatology.

CONTENTS

Theoretical introduction. Methodological approach. Results. Discussion. References.

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

La Esquizofrenia

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su versión cuarta, texto revisado, ésta patología es ubicada dentro de las psicosis, debido a la presencia de ideas delirantes y a las alucinaciones manifiestas, sin que las mismas se reconozcan como anormales (APA, 2000). Por su parte, el manual de Clasificación Internacional de las enfermedades mentales en su décima versión (CIE-10) concibe como su principal característica las perturbaciones en la percepción, afectividad y el pensamiento; además de presentarse conductas ambivalentes, alteración de la volición y del comportamiento expresivo (WHO, CIE-10, 1992).

La esquizofrenia se caracteriza principalmente por la presencia de los denominados síntomas positivos y negativos. Goldman (2001) especifica que los síntomas positivos corresponden principalmente a las perturbaciones psicóticas y refieren a la presencia de los delirios, los cuales refieren a la alteración del contenido del pensamiento y de alucinaciones, las cuales suponen una alteración en la percepción dada particularmente por la apreciación de un estímulo que está ausente. Por el contrario, los indicadores negativos están más asociados a esa patología nuclear con la cual se intentó definir la esquizofrenia desde la época de Kraepelin y que refieren a la disminución de funciones o actividades que debieran estar preservadas como lo son la capacidad de expresión tanto verbal como no verbal (alogia), la alteración de la capacidad voluntaria (abulia, o en caso de su disminución, hipobulia), la incapacidad de experimentar placer (anhedonia) y la disminución de la expresividad emocional (aplanamiento afectivo).

La atención a la esquizofrenia se concentra en dos perspectivas fundamentales: las terapias biológicas o farmacológicas y las psicosociales, predominando la terapia por medio de fármacos, la cual no es opcional pero también resulta insuficiente (Valencia, Murrow y Rascón, 2006).

Por esta razón, consideramos fundamental el desarrollo de tratamientos basados en técnicas psicosociales ya que diversos estudios han encontrado que los déficit cognitivos así como los síntomas negativos persisten aún cuando los indicadores positivos son erradicados mediante el procedimiento farmacológico; igualmente, el tratamiento farmacológico no proporciona las herramientas que el paciente necesita para convivir y afrontar la dolencia (Joanna Briggs Institute, 1999).

Arteterapia y Esquizofrenia

Desde la antigüedad clásica se conocen las propiedades curativas del arte, sin embargo, a finales del siglo XIX surge un interés por el estudio de las características comunes en los dibujos y pinturas de los enfermos mentales, principalmente con el propósito de establecer ciertas tipologías. En consecuencia, para finales de ese siglo, destaca no sólo el interés en la producción artística de este tipo de pacientes, sino que se facilita tal producción, coleccionándola y estudiándola (López y Martínez, 2006). Entre los investigadores en esta área sobresale particularmente la colección de Hans Prinzhorn), quien a partir de la recolección de las creaciones de los enfermos mentales, genera teorías en base a la expresión personal mediante el proceso creativo, las cuales otorgaron la base para el análisis de las representaciones de pacientes esquizofrénicos.

Ahora bien, en aras de buscar un acercamiento más idóneo al tratamiento de la esquizofrenia, Navratil (1972) aseguraba que el arte facilitaba la estabilización de la personalidad del paciente, al tiempo que se promovía un mínimo de acercamiento con el ambiente y realidad. Por su parte, Wadeson (1980) reflexionó sobre cómo la experiencia subjetiva a la que conlleva vivenciar un episodio psicótico podía ser incomprensible para quienes no lo han vivido. Por esta razón, el autor buscaba encontrar a través de la producción artística, un medio que permitiera la comunicación de tal experiencia, así como la reelaboración y resignificación del contenido de sus alucinaciones y delirios, de modo que estos fueran desvaneciéndose.

Paralelo a estos acercamientos, se desarrollaban las bases de la arteterapia como disciplina terapéutica y como eje de formación, tomando como predilección a los pacientes o clientes “difíciles”, sobre todo aquellos casos en los que el ejercicio de la palabra no basta o no es suficiente para expresarse, o en donde la relación terapéutica suele ser distante, demandante y frustrante como suele ser en el tratamiento de los pacientes psicóticos (López y Martínez, 2006).

De esta forma, han surgido diversas investigaciones en el tratamiento arteterapéutico con pacientes esquizofrénicos, tal el caso de Garaigordobil y Pérez (2002), quienes aseveran que la creación artística facilita la reconexión con el mundo, ampliando las capacidades del paciente en cuanto a la comprensión así como de acercamiento a la realidad; esto puesto que el arte constituye un medio por el cual, el orden, el caos y la forma de la vida son representados, permitiendo reestructurar la realidad, así como encontrar nuevas relaciones de ellas. También se ve beneficiada la comunicación, pues el proceso de redescubrimiento que se lleva a cabo en el paciente y puede ser guiada a elementos socializadores.

Asimismo, Rodríguez (2005) señala que la práctica del Arteterapia con pacientes esquizofrénicos puede incluso modificar el curso de la patología, pues aún bajo una concepción de etiología fisiológica, serán las experiencias vitales así como la estabilidad emocional del individuo lo que desencadene los síntomas clínicos. Así, la autora señala que la posibilidad que tenga la persona de plasmar sus vivencias y recuerdos, proveerá satisfacción y mejoría, aún cuando esto no modifique el sustrato fisiológico de la enfermedad.

Con base a estas potencialidades se desarrollan objetivos de naturaleza emocional en el trabajo de arteterapia. Rodríguez (2005) asevera que las actividades que se realizan en sesión despiertan en los participantes una sensación de ser “válido” como persona, se experimenta un goce mediante la obra y se genera solidaridad en relación al grupo. Expresa que son estas impresiones las que permiten que afloren la interacción colectiva, la autoestima, la utilidad, la autonomía y otras habilidades no descubiertas o mermadas en el individuo.

Por otra parte, existen investigaciones (Rodríguez, 2005 y Ballesta, Vizcaíno y Díaz, 2007) que han señalado que el Arteterapia resulta una alternativa eficaz para los pacientes que se ven afectados por diversos deterioros cognitivos como lo son la demencia o la esquizofrenia. Lo que se busca es que mediante la labor artística se estimule las funciones cognitivas, las capacidades visoespaciales, visoperceptivas y/o visoconstructivas, la capacidad de atención y concentración y las funciones ejecutivas.

En esta línea, Rodríguez (2005) explica que existen objetivos funcionales que pueden alcanzarse mediante la actividad arteterapéutica. El autor destaca que la labor artística puede ser utilizada como herramienta para el mantenimiento de ciertas actividades cotidianas que incrementen la calidad de vida del participante, así sea, mediante el fomento de aspectos tan básicos como la higiene. Rodríguez (2005) enfatiza también en los beneficios emocionales, pues la sesión de Arteterapia ofrece un espacio para la expresión de sentimientos y emociones, a la vez que se potencian los vínculos afectivos entre los participantes y entre los pacientes y sus familiares, promoviendo mejoras en la comunicación verbal o no verbal.

En un intento de explorar los beneficios de los programas de Arteterapia, Pascale y Ávila (2007) realizaron una investigación en Madrid, en la cual diseñaron y aplicaron una intervención basada en actividades artísticas para adolescentes hospitalizados en la unidad de Psiquiatría. Entre sus objetivos se encontraba la promoción de mejoras en el área psicosocial de estos adolescentes institucionalizados, por medio de un espacio que promoviera el descubrimiento a través de la labor creativa. Estos autores encontraron que la realización de obras artísticas: permite la proyección de aspectos internos, los cuales se comunican y se concretizan por medio de la producción externa; disminuye la percepción subjetiva y de malestar derivada de la propia enfermedad y de la situación hospitalaria; facilita la cohesión grupal y la relación interpersonal; incrementa los niveles de satisfacción y de placer; habilita la expresión y visualización de lo patológico por medio del uso de los elementos más sanos de la personalidad y al mismo tiempo los potencia y permite el modelaje de la orga-

nización de pensamiento, atención y concentración durante la actividad pictórica a la vida cotidiana.

Por otra parte, Reyes (2007) expone en su estudio el caso de una intervención psicoterapéutica en donde utiliza el arteterapia como co-terapia en una intervención temprana de la psicosis. La autora describe que el joven a quien trata le es referido seis meses después de su primer brote psicótico, severamente discapacitado en el área académica y social, así como con un rango severo de sintomatología positiva. En su estudio encontró que la actividad artística fomenta el contacto comunicativo en la relación terapéutica y es reflejo de los recursos que poco a poco el paciente va incorporando de sus sesiones de terapia individual; a pesar de la permanencia de los indicadores positivos, los mismos disminuyeron en intensidad, así mismo, la producción creativa le permite al adolescente dar forma a su experiencia emocional. De este modo, la autora concluye que el arteterapia constituye un medio concreto a través del cual desarrollar asociaciones e identificaciones sin generar amenazas al paciente y el espacio transicional, de “como sí” establecido por la elaboración artística contribuye al sentido de realidad, así como al mantenimiento y la vinculación con el mundo externo.

Justificación

La esquizofrenia es considerada una de las enfermedades mentales más discapacitantes, y su diagnóstico está circunscrito a una gran estigmatización social, producto, por una parte, de la falta de información y educación y por otra, de la naturaleza de sus síntomas. Así mismo, aquella persona que es diagnosticada con dicha patología se encuentra con una alta carga ansiosa, conducida principalmente por distorsiones a nivel del pensamiento y la percepción, así como también de una afectividad alterada y un sentido de invasión del yo; experimentando una afección de su funcionamiento como individuos (Goldman, 2001).

Por estos motivos, se han conformado una gran diversidad de métodos terapéuticos, a fin de proveer facilitar en cierto grado la adaptación y la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia. No obstante, debido a la primacía del enfoque descriptivo psiquiátrico que orienta el origen de dicha patología a factores biológicos, ha predominado el tratamiento farmacológico.

Sin embargo, las investigaciones señalan que hay un grupo de afectados que no ceden sus síntomas positivos ante la administración de medicamentos y, además, se ha encontrado que la mayoría de los fármacos no tienen incidencia sobre la sintomatología negativa de este trastorno (Valencia, Murrow y Rascón, 2006). Por tal motivo, se considera necesaria la disposición de medios de intervención alternativos que promuevan la salud mental de las personas que viven con esquizofrenia.

En este sentido, el arte como medio terapéutico y de apoyo social ha sido integrado en los tratamientos psicosociales dirigidos a estos pacientes en variadas partes del mundo (Rodríguez, 2005 y Ballesta, Vizcaíno y Díaz, 2007). Se ha considerado así, que el Arteterapia pudiese constituir una alternativa para el manejo de este síndrome, razón por la cual la presente investigación busca evaluar el efecto de un programa de Arteterapia sobre las características clínicas de pacientes con esquizo-

frenia institucionalizados. Se plantea así una intervención a través de la producción artística orientada a promover el autodescubrimiento, la potenciación de habilidades sociales, la reconexión con el contexto, la expresión, la comunicación, la socialización, en fin, el mejoramiento de la calidad de vida por medio del descubrimiento del mundo propio y del externo.

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

Tipo de Estudio. Este consistió en un estudio explicativo con el propósito de establecer la asociación existente entre la aplicación de un Programa de Arteterapia y la Sintomatología Clínica de la Esquizofrenia. Con este propósito se llevó a cabo una investigación empírica de tipo mixta, en donde se consideran los datos producto de la medición y operacionalización, así como la descripción y explicación de los fenómenos observados en un contexto natural. Además, esta investigación cumple con un diseño experimental Pre y Post-Test, mediante la aplicación de un Programa de Arteterapia y la evaluación de sus efectos sobre la Sintomatología Clínica de los pacientes participantes en este estudio.

Procedimiento. La investigación fue desarrollada en tres fases. La primera de ellas estuvo dirigida al diseño y validación por expertos del programa de intervención. El grupo de especialistas estuvo conformado por tres expertos en arteterapia, un psiquiatra y un especialista en dinámicas de grupo. Los expertos en arteterapia se trataron de dos psicólogos, un Doctor en Psicología con al menos treinta años de experiencia en el área y otro con al menos cinco años de experiencia en psicología y quien se encuentra realizando la especialización en Arteterapia; el tercer experto se trató de un educador con formación en arteterapia con 10 años de experiencia. El psiquiatra seleccionado cuenta con alrededor de cuarenta y cinco años de experiencia clínica con orientación psicodinámica. Por último, se contó con la colaboración de un psicólogo especialista en dinámica de grupos con 15 años de experiencia.

A cada uno de los expertos se les proporcionó la versión preliminar del programa diseñado, a fin de conocer la adecuación y pertinencia de los siguientes elementos: contenido y metodología de las actividades, secuencia y duración de las sesiones, estilo de las instrucciones y materiales por utilizar. Los comentarios y críticas de los expertos fueron integrados en el diseño de una nueva versión del programa.

El presente estudio siguió el siguiente procedimiento, en primer lugar se contactó a la institución y se obtuvo la autorización de la misma para trabajar con los pacientes y una vez conocidas las actividades de los mismos se procedió a elaborar un Programa de Arteterapia diseñado en tres fases: una primera de acercamiento e introducción, una segunda de representación, basada en actividades que promovieran la simbolización del medio, de sus semejantes y de sí mismos y una tercera de profundización e integración basada en actividades que facilitaran la representación, el recuerdo, la asociación y la interacción. Este programa fue validado por cinco expertos en el área, mencionados anteriormente.

La segunda fase fue de acercamiento. Esta incluyó tres sesiones con los potenciales participantes para explicarles la naturaleza de la investigación, recabar sus datos personales y explorar el nivel de funcionamiento diario de los mismos, así como obtener los respectivos consentimientos informados.

Las evaluaciones pre y post test y la administración del programa constituyeron la tercera fase de esta investigación.

Descripción general del programa. El programa cuenta con una ficha introductoria y la descripción detallada de las sesiones.

La ficha introductoria describe datos concernientes a: autores, características de la muestra a la que estuvo dirigido el programa, objetivo general, ambiente, materiales, consideraciones sobre el proceso de acercamiento inicial a los participantes y sobre las entrevistas y técnicas de evaluación y disposiciones generales sobre la participación de los facilitadores y sobre las sesiones.

Las 12 sesiones tienen una duración aproximada de dos horas y fueron desarrolladas a razón de dos veces por semana. Estas son descritas individualmente en el programa en términos de tipo de actividad, tiempo a dedicar, objetivos, estrategia empleada, evaluación (para asegurarse de que se cumplió el objetivo) y materiales.

En general, las sesiones están divididas en 4 partes principales. La primera parte se trata del saludo e introducción. La segunda y la tercera parte incluyen el desarrollo de actividades artísticas libres y dirigidas. Las actividades dirigidas contienen una instrucción específica en términos del uso de materiales o de fuente de inspiración; mientras que las actividades libres no cuentan con restricciones o instrucciones en este sentido. La cuarta parte tiene doble propósito; inicialmente, promueve la interacción grupal pues se motiva a los participantes a que muestren alguno de sus productos artísticos y comparta las experiencias y significados asociados; secundariamente, se usa para cerrar la sesión y despedirse de los participantes. En la última sesión este formato cambia, pues se realiza un mural grupal.

Las actividades dirigidas estuvieron orientadas a distintas temáticas por sesión, entre las cuales se encuentran: garabateo y uso de formas incompletas como aproximación inicial a la actividad creativa y artística, dibujo del árbol, dibujo de figuras humanas, representaciones variadas (yo, familia, otros significativos, recuerdos importantes, yo en el hospital, emociones, entre otros).

En todas las sesiones se llevaron registros anecdóticos los cuales contribuyeron al análisis clínico y cualitativo de las sesiones el cual, aunque escapa del propósito de este artículo, se tomo en cuenta para la discusión de los resultados cuantitativos presentados aquí.

Participantes. Se trabajó con una muestra intencional, la cual estuvo comprendida por 16 pacientes masculinos con esquizofrenia, institucionalizados en el Sanatorio Mental La Paz. Este recinto se caracteriza por la hospitalización de larga data de personas con trastornos mentales, carentes de apoyo social o familiar, a los cuales se les facilita atención a través del servicio de psiquiatría, medicina general y terapia ocupacional. De este estudio se excluyeron aquellos pacientes que además

de presentar esquizofrenia, tenían comorbilidad con otro tipo de diagnóstico, a saber, Trastornos de la Personalidad o Afectivos, Trastornos Cognitivos o Neurológicos o alguna enfermedad física de naturaleza crónica; igualmente se excluyeron del estudio a las personas mayores de 65 años, esto debido a los criterios de plasticidad cerebral y el mayor riesgo de comorbilidad.

Los 16 pacientes que cumplían con el criterio de inclusión fueron distribuidos aleatoriamente para conformar el Grupo Control y el Grupo Experimental, siendo el Grupo Control aquel que recibiría el tratamiento tradicional del servicio del Sanatorio y el Grupo Experimental aquel que, además del tratamiento tradicional recibiría el Programa de Arteterapia.

Instrumentos. Por medio del Arteterapia se busca incidir sobre el *Nivel de Sintomatología Clínica* concebido como la gravedad en que se presenta el síndrome esquizofrénico percibido en dos categorías, en términos *cognitivos* (funciones cognitivas básicas –memoria, aprendizaje, lenguaje- y cognición social –capacidad de percibir y responder asertivamente a las señales de interacción social) y en términos del *cuadro clínico de la enfermedad* (síntomas positivos, negativos y psicopatología general asociada a la misma). Para la medición del nivel de Sintomatología Clínica como variable independiente de este estudio fueron utilizadas la Escala GEOPTE para la cognición social en la psicosis y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos en la Esquizofrenia (PANSS).

La Escala GEOPTE es un instrumento que fue elaborado por Sanjuan, Prieto, Olivares, Ros, Montejo, Ferre, Mayoral, Gonzalez-Torres y Bousono (2003), tiene como propósito la medición de la cognición social, constructo que refiere al grado en que el individuo percibe, interpreta y procesa las señales sociales, así como también la capacidad de responder adecuadamente a las mismas. Esta es una escala autoaplicada que consta de 15 ítems tipo Likert con una escala de respuesta de 5 grados de intensidad (1: no; 2: un poco; 3: regular; 4: bastante; 5: mucho), Cuyos ítems recogen información de dos elementos: de las funciones cognitivas básicas y sobre la cognición social. Esta escala autoaplicada debe ser respondida de forma independiente por el paciente y un informante (familiar o cuidador) con el propósito de obtener la misma información desde dos fuentes, es decir, (a) la percepción subjetiva del propio paciente, del cual se asume que se recogerá la información con cierta distorsión y (b) la evaluación del informante, la cual, aunque puede estar distorsionada, resulta vital para obtener una mayor aproximación al funcionamiento cotidiano del individuo. Por su parte, la PANSS de Kay, Fiszbein y Opler (1987) traducido y validado al español por Peralta y Cuesta (1994), consta de 30 ítems tipo Likert con siete grados de intensidad (en donde 1 representa a la ausencia del síntoma y 7 representa a la presencia del síntoma en intensidad grave), aplicados a través de un entrevistador clínico mediante una entrevista semi-estructurada, los cuales evalúan el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia y la Psicopatología general.

RESULTADOS

La información obtenida mediante las escalas se transcribieron y procesaron por el programa SPSS 13.0 para Windows ©. Inicialmente se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney para verificar la homogeneidad de los grupos control y experimental previa a la aplicación del programa, la cual arrojó indicadores de equivalencia u homogeneidad entre grupos en ambas medidas (GEOPTE y PANSS).

Seguidamente, se utilizó la Prueba de Rangos de Wilcoxon para comparar las medidas del Pre y del Post-Test con la finalidad de verificar si existen diferencias en las puntuaciones y si las mismas son significativas para cada uno de los grupos.

Se puede apreciar en la Tabla 1, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en las medidas del Pre y Post-Test por el Grupo Control para la Escala GEOPTE en ninguna de sus categorías (funciones cognitivas básicas evaluadas por el participante y el informante y cognición social).

Tampoco existen diferencias significativas entre el pre y post test de la Escala PANSS para el grupo control en ninguna de sus categorías (síndrome positivo, síndrome negativo, puntuación total y componente de psicopatología general), tal y como se refleja en la Tabla 2.

Tabla 1: Nivel de Significación obtenido por el Grupo Control para las medidas Pre y Post-Test de la Escala GEOPTE

	Geopte del Paciente Post-Test - Geopte del Paciente Pre-Test	Geopte del Informante Post-Test - Geopte del Informante Pre-Test	Geopte Cognición Social para la Psicosis Post-Test - Geopte Cognición Social para la Psicosis Pre-Test
Z	-1,016 ^a	-,211 ^a	-,980 ^a
Sig. asintót. (bilateral)	,310	,833	,327

a. Basado en los rangos positivos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

c. GRUPO = Grupo Control

(TABLA N°1: Nivel de Significación obtenido por el Grupo Control para las medidas Pre y Post-Test de la Escala GEOPTE)

Tabla 2: Nivel de Significación obtenido en las medidas Pre y Post-Test para la Escala PANSS por el Grupo Control

	Escala Panss Positivo Post-Test - Escala Panss Positivo Pre-Test	Escala Panss Negativo Post-Test - Escala Panss Negativo Pre-Test	Escala Panss Completa Post-Test - Escala Panss Completa Pre-Test	Escala Panss Psicopatología General Post-Test - Escala Panss Psicopatología General Pre-Test
Z	-,813	-,280	-,420	-,508
Sig. asintót. (bilateral)	,416	,779	,674	,611

(TABLA N°2: Nivel de Significación obtenido en las medidas Pre y Post-Test para la Escala PANSS por el Grupo Control)

La comparación de las medidas del Pre y del Post Test en el caso del grupo experimental refleja, en cuanto a los resultados de la Escala GEOPTE, la ausencia de diferencias significativas en dos de los componentes: funciones cognitivas básicas evaluadas por el participante y cognición social. Sólo el componente referido a la evaluación de las funciones cognitivas básicas realizada por el informante, revela diferencias estadísticamente significativas que sugieren a un cambio dirigido hacia la mejoría en esas funciones. Estos resultados se expresan en la tabla 3.

Tabla 3: Nivel de Significación obtenido por el Grupo Experimental para la Escala GEOPTE en las medidas Pre y Post-Test

	Geopte del Paciente Post-Test - Geopte del Paciente Pre-Test	Geopte del Informante Post-Test - Geopte del Informante Pre-Test	Geopte Cognición Social para la Psicosis Post-Test - Geopte Cognición Social para la Psicosis Pre-Test
Z	-,08 ^a	-2,11 ^b	-,980 ^c
Sig. asintót. (bilateral)	,933	,035	,327

^a. Basado en los rangos positivos.

^b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

^c. GRUPO = Grupo Experimental

(TABLA N°3: Nivel de Significación obtenido por el Grupo Experimental para la Escala GEOPTE en las medidas Pre y Post-Test)

La comparación de las medidas del Pre y del Post-Test del grupo experimental para la Escala PANSS que se muestra en la tabla 4, informa la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en todos los componentes de este instrumento. Este hallazgo sugiere que el programa no generó cambios en la sintomatología clínica del grupo experimental en función de esta medida.

Tabla 4: Nivel de Significación obtenido por el Grupo Experimental para la Escala PANSS en las medidas Pre y Post-Test

	Escala Panss Positivo Post-Test - Escala Panss Positivo Pre-Test	Escala Panss Negativo Post-Test - Escala Panss Negativo Pre-Test	Escala Panss Completa Post-Test - Escala Panss Completa Pre-Test	Escala Panss Psicopatología Genaral Post-Test - Escala Panss Psicopatología General Pre-Test
Z	-1,689 ^a	-1,820 ^a	-,421 ^b	-,210 ^b
Sig. asintót. (bilateral)	,091	,069	,674	,833

a. Basado en los rangos positivos.

b. Basado en los rangos negativos.

c. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

d. GRUPO = Grupo Experimental

(TABLA N°4: Nivel de Significación obtenido por el Grupo Experimental para la Escala PANSS en las medidas Pre y Post-Test)

DISCUSIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental que debido a su sintomatología se constituye como una enfermedad severa e incapacitante, cuyo correlato biológico implica que las intervenciones no tienen el propósito de cura, sino de atenuación de la sintomatología (Goldman, 2001). Estas características, suponen una gran dificultad en el tratamiento de estos pacientes.

Por estas razones, es importante poder realizar aproximaciones que abarquen la complejidad de los síntomas y que le permitan al individuo el restablecimiento de sus funciones sociales, personales y laborales. En este sentido, el Arteterapia ha sido una técnica de comprobada utilidad en el tratamiento de este cuadro (Reyes, 2007; Pascale y Ávila, 2007), y es a partir de esta premisa que se diseña un programa específica cuyo propósito no sólo es el de evaluar el efecto que este programa tiene sobre la sintomatología clínica de la esquizofrenia (en términos de Cognición Social, Síntomas Positivos, Síntomas Negativos y Psicopatología General), sino el de contribuir en la construcción de una práctica clínica basada en evidencias y con actividades sistematizadas que permitan adentrarse al conocimiento de los factores terapéuticos específicos del Arteterapia.

Los resultados de nuestra investigación sugieren que, en general, el programa de intervención no resultó efectivo en términos estadísticos. Profundizaremos el análisis para explorar mejor las implicaciones y el significado de esta afirmación.

La variable Cognición Social, de acuerdo a nuestro instrumento de medida, está representada por tres componentes, a saber: el auto reporte del paciente, la referencia de un informante y por último el nivel global, que se calcula a partir de los dos anteriores. Si analizamos estadísticamente cada componente encontramos que para los elementos de auto reporte y puntuación global de la escala no existió un cambio significativo posterior a la intervención, sin embargo, si se encontró diferencia estadísticamente significativa en la información suministrada por los cuidadores.

Este dato estadístico debe ser considerado a la luz de ciertas consideraciones. Por una parte, la mayoría de los pacientes demostraron importantes dificultades al responder este instrumento (GEOPTE), el cual exige buenos niveles de introspección. En este sentido se podría hipotetizar que dificultades en el proceso de evaluación afectarían la validez de este test. Teniendo esta hipótesis en mente, vale la pena destacar que el grupo experimental presentó en el post-test puntuaciones superiores a los puntajes medios (entendidos como buen nivel de cognición social), los cuales disminuyeron para el post-test; fenómeno que no ocurrió en el grupo control. Suponemos que dicho deterioro en el Post-Test se deriva de una posible mejoría en la capacidad de autoevaluación producto del Programa de Arteterapia, considerando que las actividades realizadas abrieron un espacio para la autoreflexión y promovieron una estimación más asertiva de su situación actual. Este hallazgo concuerda con lo expresado por Morales (2007) y Reyes (2007) quienes en sus estudios aseguran que el arte como terapia permite al individuo con una enfermedad mental alcanzar una mayor conciencia de sí mismo, y poder reflexionar sobre su propio mundo interno. Es posible también que el proceso de rapport que se desarrolló entre los participantes y los facilitadores haya permitido un reporte más honesto y asertivo en el instrumento.

Ahora bien, la significación estadística encontrada en el reporte de los informantes hace referencia a que el personal de salud de la institución, conformado por una terapeuta ocupacional y tres enfermeros, percibió una mejoría en las capacidades de vinculación y socialización, así como de las habilidades cognitivas básicas de los pacientes. Esto concuerda con lo expresado por Ballesta, Vizcaíno y Díaz (2007), quienes indican que las actividades artísticas y creativas ponen en ejercicio las capacidades relacionadas con la cognición social como lo son la atención, la concentración, la disminución de la sensibilidad ante estímulos distractores y en la motivación.

Nos inclinamos a pensar que la mejoría evidenciada por el personal de salud de la institución se debe a una mejoría real y observable que fue además percibida por los facilitadores y asentada en el registro anecdótico. Nos detendremos a describir los cambios percibidos en algunas funciones cognitivas a fin de ilustrar, justificar este punto.

En cuanto a la **memoria** como función mental destacada en el ámbito de la Cognición Social, orientada a la evocación y reconocimiento de la información. En este estudio los investigadores nos percatamos que en fases iniciales de la intervención los pacientes tenían dificultad para recordar lo que se había hecho en los encuentros anteriores así como los nombres de los facilitadores, avanzado el proceso de intervención, dichos elementos eran evocados con mayor destreza, mediante actividades

de representación que promovían recordar eventos, situaciones y personas que formaban parte de las actividades del Programa.

La **orientación** es otro de los procesos que también fue ejercitado en el programa; inicialmente encontramos que los pacientes tenían comprometida en un nivel moderado a severo su capacidad de orientación, sin embargo, el establecimiento de un encuadre fijo para el desarrollo de las sesiones, así como la señalización del número de sesión cuando la misma comenzaba y la petición de que firmaran sus trabajos y le pusieran la fecha, permitió que poco a poco, los pacientes indicaran la fecha y el día correcto.

Recomendamos, para futuras investigaciones de esta índole, que se incluyan medidas objetivas de las funciones cognitivas; pues si bien el Arteterapia no tiene una función directa de rehabilitación cognitiva puede, como en el caso de la psicoterapia, tener beneficios indirectos de este tipo, lo cual fortalecería el uso de esta técnica, especialmente en contextos de privación o deterioro cognitivo o social.

Así, esta mejoría reportada por los informantes se alinea con los hallazgos de Pascale y Ávila (2007), quienes al concluir su intervención, encontraron que el personal de salud reportaba efectos beneficiosos sobre la interacción grupal, cohesión y el afianzamiento de habilidades interpersonales.

Por otra parte, la Sintomatología Clínica (medida por la Escala PANSS), no presentó cambios estadísticamente significativos entre las medidas de pre y post-test en ninguna de sus categorías (síndrome positivo, negativo, puntuación total y psicopatología general). Este hallazgo puede entenderse desde su interpretación directa, la cual sugiere que el programa que aplicamos no fue suficiente (por calidad o cantidad) para incidir sobre la sintomatología clínica asociada a la esquizofrenia. Entendemos que las expresiones sintomáticas de larga data requieren normalmente tratamientos prolongados, por lo cual suponemos que nuestra aproximación terapéutica no fue adecuada en estos términos. Investigaciones que comparen programas entre sí, o el mismo programa con duraciones variables contribuirían a evaluar que tipo de programas de Arteterapia son los más apropiados para esta población o que tan largos deben ser para lograr una reducción sintomatológica significativa.

Como se ha descrito hasta ahora, el Programa de Arteterapia carece de significación estadística para casi todos los componentes de la variable Sintomatología Clínica, exceptuando el factor del reporte de los informantes para la escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis. Sin embargo, tomando en cuenta a Kazdin (2001), entendemos que cuando no se demuestra un cambio en la variable dependiente, no necesariamente se está probando la ausencia de relación entre las variables independientes y dependientes. Por tal razón recomendamos el uso de metodologías mixtas para la evaluación de Programas como este. La inclusión de la observación clínica, observación de informantes y reportes libres del paciente son fuentes de información valiosa que enriquecen el análisis de investigaciones que, como el Arteterapia, son difíciles de evaluar en su complejidad a través de escalas sintomáticas.

En tal sentido deseamos incluir en nuestra discusión ciertas observaciones clínicas que fueron recabadas en las hojas de registro diario (anecdótico), las cuales consideramos datos valiosos que informan sobre los alcances y efectos del programa.

En la categoría relativa a los síntomas negativos asociados con la esquizofrenia, observamos un aumento del rendimiento y de la participación de los pacientes a lo largo del programa, hecho que hace referencia a un incremento del interés. En primer lugar, los participantes identificaban con facilidad los días en que se realizaban los encuentros, así como también se logró la preparación puntual de los pacientes para la asistencia a los mismos. Inicialmente, el comienzo de las sesiones demoraba alrededor de treinta minutos, ya que se debía esperar a que los participantes se organizaran y subieran al salón en donde se llevaba a cabo el Programa; a partir de la sexta sesión, el tiempo de demora se redujo a la mitad. En segundo lugar, se percibió un acrecentamiento en el periodo de ejecución de las actividades propuestas; inicialmente el 75% de los sujetos (seis de ocho pacientes) concluían sus producciones en menos de diez minutos; posteriormente, el 75% de los mismos (seis de ocho pacientes) dedicaban más tiempo (entre veinte y veinticinco minutos) a cada uno de sus trabajos.

Estas diferencias permiten hipotetizar que las actividades artísticas desarrolladas en un contexto terapéutico le devuelve al individuo muchas de las nociones perdidas por causa de la patología que padece. Así, el arte se configura como un medio que le conecta con lo más íntimo de sí mismo y, al mismo tiempo, con el mundo externo. Este proceso, tan sencillo y al mismo tiempo tan complejo, promueve el aumento de la acción en personas que habitualmente son pasivas y va incrementando su grado de motivación.

Los progresos desde el punto de vista de las producciones artísticas y de la expresión verbal y no verbal pudieron ser vistos como indicadores de cambios ya para la séptima sesión. Características clínicas como el retraimiento social, emocional, la pobre relación, la falta de fluidez en la conversación y la ansiedad, las cuales formaban parte de los ítems evaluados para el Síndrome Negativo, eran percibidos significativamente por los investigadores durante las primeras cinco sesiones para luego ir disminuyendo en intensidad progresivamente a media en que avanzaba el Programa.

Así, mediante el registro de las sesiones, se hace evidente la disminución de la evitación que los pacientes tenían hacia su entorno social; mejoras en el rapport son evidentes a partir de la quinta sesión. A partir del sexto encuentro inicia un proceso de comunicación interpersonal entre los asistentes al taller, quienes hasta esa sesión, trabajaban en absoluto silencio. Este hecho también se ha comprobado en otras intervenciones de Arteterapia como las de Pascale y Ávila (2007) quienes indican que las actividades desarrolladas en los talleres de arteterapia promueven mayor cohesión grupal y que por tanto implican el establecimiento de un vínculo y el reconocimiento de los otros, lo cual se traduce en un mayor grado de satisfacción en estos pacientes, así como en la percepción de mejoría por parte del personal de salud así como de los familiares.

A partir de la séptima sesión se empezaron a observar un incremento en el contacto visual de los participantes entre sí mismos y con los facilitadores, así como una mayor variedad de expresiones faciales, lo que entendemos como un pequeño cambio en el aplanamiento afectivo característico de la esquizofrenia.

Para finalizar, consideramos que los hallazgos de esta investigación no pueden ser generalizados, sin embargo resaltamos la utilidad de investigaciones que, como esta, fortalecen el uso del Arteterapia en distintos contextos y procuran sostener su uso sobre la recolección sistemática de evidencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4a ed.). DSM-IV TR. Barcelona, Masson.
- BALLESTA, A.; VIZCAÍNO, O Y DÍAZ, J. (2007) Arte y capacidades diversas. *Revista de Síndrome de Down* 24, 46-5.
- GARAIGORDOBIL, M. Y PÉREZ, J. (2002) Efectos de la participación en el Programa de arte Ikertze sobre la creatividad verbal y gráfica. *Anales de Psicología*, 18,1, 95- 110.
- GOLDMAN, H. (2001) *Psiquiatría general*. (5ta ed.). México, Manual Moderno.
- JOANNA BRIGGS INSTITUTE, (1999) Eficacia de la Terapia Individual y de Grupo en el tratamiento de la Esquizofrenia. *Best Practice*, 3,4, 1-6.
- KAZDIN, A. (2001) *Métodos de Investigación en Psicología Clínica*. (3era ed). México, Pearson Educación.
- LOPEZ Y MARTINEZ (2006) *Arteterapia: conocimiento interior a través de la expresión artística*. Madrid, Tutor S.A
- MORALES, P. (2007). ¿Puede la actividad plástica ayudar en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos? Los efectos terapéuticos del arteterapia. Proyecto Final para optar a la especialización de Arteterapia, Escuela de Postgrado de la Facultad de Artes de la Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile.
- NAVRATIL, L. (1972) *Esquizofrenia y Arte*. Barcelona, Seix Barral, S.A.
- PASCALE, P. Y ÁVILA, N. (2007) Una experiencia de creatividad con adolescentes hospitalizados. *Unidad de Psiquiatría de adolescentes del Gregorio Mañón. Arte, Individuo y Sociedad*, 207-246.
- PERALTA, V. Y CUESTA, M. (1994) Validación de la Escala de los Síndromes Positivos y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas de Neuropsiquiatría y Ciencias Afines*, 222, 171-177.

- REYES, P. (2007). El potencial relacional del Arteterapia en la intervención psicoterapéutica temprana de la psicosis. *Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 2, 109-118.
- RODRÍGUEZ, N. (2005) Arteterapia. Talleres de Psicoestimulación a través de las artes. Fundación Uszheimer.
- SANJUÁN, J.; PRIETO, L.; OLIVARES, M.; ROS, S.; MONTEJO, A.; FERRE, F.; MAYORAL, F.; GONZÁLEZ-TORRES, M. Y BOUSONO, M. (2003). Escala GEOPTe de cognición social para la psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31, 3, 120-128.
- VALENCIA, M., MUROW, E., RASCÓN M., (2006). Comparación de tres modalidades de intervención en esquizofrenia: terapia psicosocial, musicoterapia y terapias múltiples. *Revista Latinoamericana de psicología*. 38, 3, 353-549.
- WADESON (1980) *Art Psychotherapy*. New York, John Wiley and sons
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (10.ed). Ginebra, World Health Organization.