



Facultad
Psicología

Instituto de Psicología Clínica

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

*Trabajo Final de Grado
Pre-proyecto de Tesis:*

*“La recuperación psíquica: una posible mirada a
través del arte”*

Tutora: Alejandra Gutiérrez

Estudiante: Florencia Aguerre

Montevideo, Julio 2014

“La recuperación psíquica: una posible mirada a través del arte”

*“La locura no es solo enfermedad mental, ni es
propiedad de algunos. ¿Qué diríamos de la
locura del amor, de la locura de la creación
artística?”*

Nelson de León

Resumen:

El tema a abordar en este trabajo es la recuperación psíquica de pacientes con esquizofrenia y los efectos del arte-terapia (o talleres expresivos) en este proceso.

Se propondrá investigar y analizar este proceso desde un enfoque socio-comunitario, en pacientes del Centro Psicosocial Sur Palermo.

A lo largo del trabajo se abordan y desarrollan los conceptos de: esquizofrenia, recuperación y arte-terapia.

Desde el concepto de recuperación entiendo que los talleres expresivos son un aspecto complementario y de apoyo a la salud mental del individuo.

Propongo como objetivo: evaluar la eficacia de un programa interdisciplinario integral con énfasis en arte-terapia en pacientes con dicha patología, a través de la utilización de técnicas cualitativas.

Palabras clave: esquizofrenia- recuperación- enfoque socio comunitario- arte terapia.

Fundamentación

La realización de este proyecto de investigación surge del interés en la rehabilitación psíquica, y el aporte de las artes plásticas en este proceso. El propósito se centra en *indagar e investigar el rol de los talleres expresivos en el proceso de recuperación* (concepto explicitado más adelante) *de personas con esquizofrenia*.

La expresión artística se considera importante en todas las personas, ya que muchas veces plasmamos en esas creaciones lo que no podemos decir a través de la palabra. A partir de lo dicho surgen algunas preguntas: ¿qué pasa con las personas que sufren una enfermedad psíquica crónica? ¿De qué forma incide en el proceso de recuperación? En esta línea Pichón Riviere (1976) afirmaba:

(...) es imprescindible, sin excepción, estimular la actividad creadora en todos los órdenes y en todos los hombres. Además en el caso específico de los reclusos en los hospicios, esa actividad conduce al cumplimiento de varios fines: dar placer al sujeto que la realiza; desencadenar un mayor grado de libertad emocional de gran utilidad tanto para el diagnóstico como para el tratamiento; es índice informativo de los cambios de conducta y de

estado del paciente; su frecuente y alto contenido onírico es punto de partida para las interpretaciones del analista. Se trata entonces de actividad terapéutica. (Zito Lema 1976, p. 142)

Estas líneas ponen de manifiesto lo que me propongo investigar.

Antecedentes

A partir de la lectura de trabajos e investigaciones en la región, en relación a la temática propuesta, es importante destacar algunos de los conceptos en ellos abordados.

Por un lado, en Brasil: "Oficinas de Dança Contemporânea: Um Convite à Reinvenção das Práticas" (Moehlecke y Galli, 2011) se analiza una intervención en un CAPS (Centro de Atención Psicosocial) a través de un taller de danza contemporánea.

Si bien en mi trabajo no me centraré en la danza contemporánea, considero pertinente este artículo ya que se hacen apreciaciones y conceptualizaciones en relación a la rehabilitación psicosocial y a las intervenciones artísticas.

En el mismo, se enmarca a la rehabilitación psicosocial dentro de un nuevo paradigma de cuidados en salud mental a través de la atención psicosocial. Esta última supone una serie de tecnologías de cuidado, que deconstruya a la locura institucionalizada, aprisionada, y que se centra en promover la autonomía del sujeto.

Según las autoras los Centros de Atención Psicosocial tienen como objetivo reinventar acciones para producir entre otras cosas una nueva concepción de la locura. Para esto, debemos producir otras tecnologías de cuidado: más dispuestas, artísticas, tecnologías de atención lúdica y más sensibilidad en los encuentros. Acciones que tengan impacto sobre la creación, la restauración y el mantenimiento de la salud.

Por otro lado en la década de los años 80 el Proyecto Nacional Finlandés de Esquizofrenia (Alanen, 1997) inició un estudio con el fin de mejorar la atención de personas con enfermedades mentales graves. En esta línea y a partir del Enfoque Adaptado a las Necesidades (Alanen, 1997) se ponen de relevancia varios aspectos de los cuales me parece pertinente destacar algunos de ellos. Por un lado la planificación del tratamiento en función de las necesidades de cada paciente y sus familias, ya que son cambiantes y específicas en cada caso. Y por otro lado destacar que se

considera al tratamiento como un “proceso continuo en el que se integran diferentes métodos terapéuticos” (Seikkula, Alakare y Aaltonen, 2011, p.1)

En México, en “La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Grupo III”, (et al., 2005) documento en el cual se evalúa la eficacia de un programa interdisciplinario con pacientes con dicho diagnóstico en comparación con otro grupo que recibió un tratamiento médico- psiquiátrico habitual (estudio cuasi experimental, pretest-postest).

El Programa de Rehabilitación Integral del Paciente Esquizofrénico (PRIE) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, se caracteriza por ser interdisciplinario e integral y también por involucrar a las familias y no solo a los pacientes en el tratamiento.

Lo interesante a destacar son las estrategias de rehabilitación incluidas en el PRIE: Tratamiento farmacológico; psicoterapia grupal; psicoterapia psicosocial; terapia de inducción laboral- vocacional; musicoterapia; terapia ocupacional; taller de pintura y dibujo artísticos, taller de literatura, entre otros; curso psicoeducativo para familiares; dinámica grupal con familiares y responsables y psicoterapia unifamiliar.

Se establece en los resultados que “El grupo III tuvo una gran eficiencia terminal de 64% para el grupo experimental y de 56% para el grupo control” (et al, 2005, p.10)

Otro trabajo realizado en España: “Aplicación del modelo de la recuperación a la psicosis en la práctica clínica cotidiana. Una experiencia grupal de 2 años” (Blanco, Ramírez, Rodríguez e Iriarte, 2014), investigación que tiene como objetivo describir la puesta en marcha de intervenciones grupales de personas con psicosis desde la perspectiva de la recuperación, así como también confirmar la eficacia e identificar los factores clínicos mejorados. Los sujetos son evaluados a través de las escalas PANSS (escala de los síndromes: positivo y negativo) y GAF (escala de la evaluación de la actividad global).

Como resultados se observa una mejoría significativa de los síntomas negativos y sociales, poniéndose de manifiesto la presencia de resistencias emocionales y sociales en los tratamientos exclusivamente farmacológicos.

De los trabajos realizados en el país:

“Proyecto arte y rehabilitación. Sistematización de los trabajos realizados en rehabilitación mediante técnicas derivadas del arte en instituciones psiquiátricas en Uruguay” (Apud, Techera y Borges, 2013)

De la lectura del mismo, es importante destacar algunas de las características de las actividades realizadas y de la información recabada por este equipo de trabajo. En dicha investigación se constató la existencia de espacios de rehabilitación que trabajan con técnicas expresivas en instituciones públicas de la región. Otro aspecto relevante a señalar es que en la mayoría de los casos los técnicos que trabajan en dichos espacios no cuentan con la formación específica. Así como también hay un déficit en el monitoreo o evolución por parte de la institución.

Según nuestras indagaciones las técnicas expresivas tienen un importante potencial terapéutico, lo que no siempre se puede ver plasmado en la experiencia relevada. Lo que podría responder a los escasos recursos con que cuentan los técnicos para llevar estas propuestas adelante. Y por otro lado existe poco o nulo sostén y valoración institucional de los técnicos y de las propuestas. (Apud, et al., 2013, p. 209)

Pasaje del modelo manicomial al socio comunitario

*“A través de la experiencia de ser internado, privado de la libertad, del uso y distribución autónoma del tiempo y espacio; la singularidad de la persona que ocupa el lugar de enfermo, ha quedado históricamente cercada”
(De León, 2005, p.120).*

Consideramos pertinente hacer un breve resumen del pasaje del modelo manicomial de asistencia al socio comunitario, ya que este proceso de cambio en las políticas de tratamiento para las enfermedades mentales crónicas es también un antecedente del tema de investigación.

El tratamiento para abordar estas enfermedades ha pasado por varias etapas y ha sido un tema de debate permanente. Desde el tratamiento basado en la institucionalización hospitalaria hasta un tratamiento con un enfoque socio-comunitario. Siendo este último el que me distingo para trabajar. Hasta mediados del siglo XX se mantiene el internamiento en instituciones psiquiátricas como estrategia principal en el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales graves y crónicas, alcanzándose niveles altísimos de institucionalización en muchos países de occidente, Europa y también EE.UU, siendo en muchos casos los hospitales desbordados debido a la demanda tan grande.

Se entendía a la locura como una situación irremediable, por lo tanto los asilos eran lugares de custodia antes que instituciones terapéuticas.

A partir de 1950 se ponen de manifiesto las primeras críticas hacia el sistema asilar, lo que más adelante tomara el nombre de movimiento anti psiquiátrico, siendo los primeros representantes Ronald Laing y David Cooper.

Este movimiento sostenía que la hospitalización no beneficiaba la socialización ni la participación en la comunidad del enfermo mental, además de hacer una dura crítica al tratamiento psicofarmacológico.

Fue Goffman (1970) quien basándose en el estudio de la condición de los enfermos mentales internados en hospitales psiquiátricos, pudo identificar rasgos comunes que caracterizan a un conjunto de instituciones totales, como ser: hogares de ancianos, cárceles, manicomios, entre otros. Goffman (1970) define a estas instituciones como: "...un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente" (p.13)

A partir de Foucault (1976) y desde sus aportes podemos entender el cambio en las formas de disciplinamiento, vigilancia, corrección y castigo las cuales marcan un antecedente importante en la construcción de la "locura".

Con el advenimiento de la modernidad se gesta un sistema encargado de normalizar las desviaciones y de corregir a aquellos que se considera como "desviados", aquellos que se comportan fuera de lo esperado, desarrollándose un conjunto de saberes técnicos asistiendo en el diagnóstico y tratamiento de los mismos.

En este contexto surge la psiquiatría y el manicomio, cuya figura arquitectónica correspondería a un diagrama mucho más general, que Foucault, siguiendo a Bentham, denomina "panóptico". Ese diagrama atraviesa tanto cárceles como instituciones educativas y hospitales. En la periferia los reclusos, en el centro una torre que controla y vigila, que ve pero no puede ser vista. El recluso es vigilado y sometido a una corrección continua y minuciosa, aplicada sobre la microfísica de sus acciones, afectos y padecimientos. (Techera, Apud, Borges, 2009, p. 36)

En la actualidad, el castigo deja de ejercerse directamente sobre el cuerpo, para pasar a demostrarse en otros aspectos no tan visibles; siendo el cuerpo el intermediario a través del cual se ejerce la privación de libertad. "El castigo ha pasado de un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos" (Foucault, 1976, p. 18)

Analizando la existencia y la utilización de los hospitales psiquiátricos, así como de otras instituciones totales, a través del tiempo, se pudieron constatar sus repercusiones y los efectos negativos, que implican a los internos,

(...) entre los cuales podemos destacar la iatrogenia y la estigmatización. El primer concepto refiere a la cadena de eventos que llevan a un deterioro progresivo en las capacidades cognitivas y sociales de las personas internadas, en tanto son encerradas en una institución que las aísla del entorno social y las lleva a un sedentarismo y pasividad que las estancan, perdiendo cualquier posibilidad de salir adelante. Observemos que su ingreso al hospital psiquiátrico es consecuencia de la imposibilidad de seguir el rumbo "normal" de su vida cotidiana. (Techera, et al., 2009, p. 25)

Como consecuencia de esta situación, las políticas sanitarias se fueron modificando y a partir de los años 50 cobró gran impulso el estudio de la psicología social, las teorías cognitivo-conductuales y el psicoanálisis aplicado a los grupos.

Inicios del arte terapia en el tratamiento de enfermedades mentales

En un principio la producción de arte era utilizada para mantener a las personas ocupadas y con ello aliviar el aburrimiento (en instituciones asilares).

Desde finales del siglo XIX los psiquiatras se mostraron interesados en la producción plástica de los enfermos mentales, y hacia la segunda mitad de este siglo los tratamientos psicoanalíticos y psicoterapéuticos tuvieron gran desarrollo y con ellos el surgimiento de otras terapias: las psicoterapias de grupo y familiares, el psicodrama y las diversas técnicas de mediación artística: musicoterapia, danza, expresión plástica, entre otras.

Es entre los años 30 y los 50, a finales de la segunda guerra mundial, que comienza la utilización del arte como terapia en centros hospitalarios para la población adulta con trastornos mentales severos. Y a partir de los años 50 se ha ido convirtiendo en un complemento del tratamiento habitual que recibe esta población.

Este fenómeno ocurre primero en Europa alrededor de los años 50 para luego expandirse a otros países del mundo, incluido Uruguay. El florecimiento del arte terapia con personas que sufren trastorno mental severo se debe a las experiencias positivas obtenidas a nivel terapéutico. Por lo tanto esta disciplina comienza a ser ampliamente elegida como parte del tratamiento de esta población. Sin embargo, siendo positivos los resultados de dicha experiencia, esta disciplina aun no logra validarse en el ámbito de la salud mental.

En nuestro país es a partir de los 80 que se comienzan a utilizar diferentes tipos de técnicas provenientes del arte como herramientas para el tratamiento con enfermos mentales. Con la apertura democrática se da lugar a un amplio movimiento en salud mental en busca de modificar las condiciones de existencia y los derechos de miles de orientales marginados por su condición de padecer trastornos mentales.

En 1986 ese movimiento logro plasmar sus ideas y pensamientos en el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM, 2005). En esta línea la facultad de medicina realizo innovaciones, siendo uno de los avances importantes la creación del Área de Salud Mental. Tuvo lugar también, el desarrollo de las psicoterapias y los abordajes psicosociales, puntapié importante para el desarrollo de un modelo más integral en la rehabilitación psíquica.

Para poner en práctica el PNSM fueron de principal importancia varios aspectos:

En primer lugar, en 1987 la Faculta de Medicina reconoce a la atención primaria en salud, proclamada por la OMS en alma ata, como estrategia principal.

Por otro lado fue de gran importancia la creación y el desarrollo de Unidades de Salud Mental en los hospitales, siendo que desde 1989 son parte en todos los hospitales públicos de Montevideo.

Y el otro aspecto importante apuntó al desarrollo de nuevos modelos de asistencia de las personas que padecen psicosis y otros trastornos.

Es a partir de este plan que se visualiza un avance en relación a salud mental en nuestro país. Podemos observar que nuestra sociedad logro avanzar desde un sistema de atención en salud mental marginado y fragmentado, a un nuevo estado con innovadoras realizaciones y nuevos proyectos de asistencia, siendo las interacciones sociales un aspecto principal en la rehabilitación.

Por lo tanto, es relevante plantear aquí las características del Centro Psicosocial Sur Palermo. Este último es una ONG sin fines de lucro creada en 1987 que desarrolla distintos programas en Rehabilitación Psicosocial Integral, dirigidos a jóvenes y adultos con trastornos psíquicos severos. Este centro cuenta con propuestas dirigidas a la inserción laboral, familiar, social y cultural, siendo su eje de acción la Rehabilitación Integral de la persona. Participan actualmente en los diferentes programas aproximadamente 320 usuarios y sus familias.

Algunos de los objetivos son: potenciar los recursos, fortalecer el vínculo con la realidad, búsqueda de un equilibrio psíquico y funcional, creatividad y participación.

Algunas de las actividades de expresión que realizan son: plástica, música, teatro, literatura, fotografía, corporal y danza.

Taller de estimulación del desarrollo cognitivo (memoria, atención, comprensión, etc.) así como también orientación y apoyo laboral y curricular, entre otras.

También realizan Psicoterapia grupal, grupos de seguimiento y trabajo con la familia.

Por otro lado cuentan con varios programas: de inserción laboral, de vivienda supervisada, de intervención social, de estimulación del cuidado corporal, de investigación y desarrollo académico y formación en recursos humanos.

Marco Teórico

Es pertinente comenzar con la definición de esquizofrenia y sus variables apreciaciones. Por un lado encontramos que en el DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) se define a la esquizofrenia como:

(...) una alteración que persiste durante por lo menos 6 meses e incluye por lo menos 1 mes de síntomas de la fase activa (p.ej., dos [o más] de los siguientes: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento generalmente desorganizado o catatónico y síntomas negativos). (Pichot, 1995, p.279)

Algunos de los síntomas característicos implican disfunciones cognoscitivas y emocionales que afectan a varios aspectos como la percepción, el lenguaje, el pensamiento, la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez del pensamiento y del habla, la voluntad, la motivación y la atención.

También presentan un déficit en auto cuidado, autonomía (dependiendo de otras personas), autocontrol, relaciones interpersonales (perdida de redes sociales y dificultad para interactuar socialmente), tiempo libre y funcionamiento. Por consiguiente el funcionamiento psicosocial y la integración en la comunidad también se ven afectados.

Con respecto a la etiología numerosos casos sugieren la importancia de los factores genéticos, pero no se descartan la influencia de los factores ambientales.

Según Kraepelin (1903) la esquizofrenia consistía en un estado de locura con una progresiva evolución hacia un estado de debilitamiento psíquico.

Ey, Bernard y Brisset (1995) la definen como:

(...) una psicosis crónica que altera profundamente la personalidad y que debe ser considerada como una especie dentro de un género, el de las psicosis delirantes crónicas. Se caracteriza por una transformación profunda y progresiva de la persona, quien cesa de

construir su mundo en comunicación con los demás, para perderse en un pensamiento autístico, es decir en un caos imaginario (p.473)

El proceso es lento, progresivo y profundo y se caracteriza por la presencia de síntomas negativos (deficitarios) y positivos (producción de ideas, sentimientos y actitudes delirantes), siendo su mayor prevalencia en la adolescencia y en el adulto joven.

Ey, Bernard y Brisset (1995) establecen un aspecto multidimensional de la etiología de las enfermedades mentales graves, planteándose la imposibilidad de reducir la esquizofrenia a un único factor, sino que están presentes tanto los factores orgánicos como los psicosociales.

A partir de estas apreciaciones podemos ver que el concepto de esquizofrenia se ha asociado tradicionalmente a un trastorno crónico del pensamiento. Pero más adelante varios estudios realizados en Europa parecen cambiar este concepto de cronicidad. Los resultados de dichos estudios conceden gran importancia a las variables sociales. En esta misma dirección un cambio de paradigma basado en el modelo de "vulnerabilidad" (Zubin y Spring, 1977) ha destacado la posibilidad de que intervengan, en el riesgo de que provenga dicha enfermedad, los factores ambientales o psicosociales y no únicamente de alteraciones genéticas o biológicas. "El modelo de diátesis-stress o de vulnerabilidad sostiene, en consecuencia, que los periodos de la enfermedad son limitados en el tiempo y episódicos, por cuanto finalizan tan pronto como desaparecen los factores desencadenantes que los provocaron." (Lemos, 1986, p.40)

Es importante entonces que el abordaje del tratamiento se dirija a la totalidad de la persona.

En esta línea, considero específicamente hablar del concepto de *recuperación* sobre el cual se centrará esta investigación, ya que:

(...) en su base reside un conjunto de valores sobre el derecho de una persona para construir por sí misma una vida con sentido, con o sin la continua presencia de síntomas de enfermedad mental. La recuperación se basa en ideas de autodeterminación y autocontrol. Enfatiza la importancia de la 'esperanza' para mantener la motivación y apoyar las expectativas de una vida individual plena. (Shepherd, Boardman, Slade, 2008, p.1).

Este término no refiere necesariamente a la recuperación clínica de la persona, sino que enfatiza el recorrido de la misma en el proceso de recuperación social, en la construcción de su propia vida más allá de su enfermedad.

Dicho concepto tuvo su impulso en los años 80 a partir de los resultados de las investigaciones con personas que presentaban enfermedad mental grave, pusieron de manifiesto que muchas de ellas eran capaces de recuperarse parcial o completamente.

Es así que el concepto de rehabilitación se viene transformando en este concepto de recuperación más abarcativo. Este enfoque también propone un cambio en la relación entre los usuarios y los profesionales de la salud. Un cambio en el cual la actitud de los profesionales se centra en el respeto a la opinión y preferencias de los interesados (dejando de lado su posición distante y de autoridad), siendo alguien que sí ofrece sus habilidades y conocimientos pero también aprende del paciente y de sus experiencias.

Estos profesionales deben ofrecerle a la persona los recursos necesarios para que ella misma pueda gestionar su enfermedad.

“La vivienda, el empleo, la educación y la participación en la sociedad y en actividades de ocio se convierten entonces en los principales objetivos” (Shepherd, et al., 2008, p.6).

En esta misma línea Rufus May (2005) plantea:

El peligro del lenguaje clínico es que objetiviza a la persona, presentándola como una víctima pasiva de una patología activa. Por lo tanto, la utilización del lenguaje clínico tradicional puede agravar la sensación de ansiedad e impotencia que sentirá el paciente. (p. 428)

Por lo tanto debemos alejarnos del "lenguaje clínico" para acercarnos a un "lenguaje holístico" que sea más flexible.

Entendemos entonces, que la recuperación de la persona con problemas graves de salud mental es un concepto multidimensional, poniendo énfasis en que la recuperación psicológica (proceso de comprensión y manejo de la experiencia psicótica) y social (desarrollo de relaciones y roles sociales) es tan importante como la recuperación clínica (reducción de síntomas), sin dejar de lado que los anti psicóticos son necesarios, pero no suficientes para la recuperación.

A partir de lo dicho y teniendo en cuenta la implicancia de la persona es su propio proceso de recuperación es que deviene la importancia de lo que llamamos arte-terapia. Considerándola como una técnica que facilita la expresión, a través de elementos plásticos, poniéndose en juego distintas experiencias y creaciones. La persona se apropia de su creación, la hace suya y a la vez nos habla con y a través de ella.

Desde el psicoanálisis se consideran importantes los aspectos creativos, Freud se refiere a la actividad artística como facilitadora y emergente de algunos aspectos de difícil acceso, ya que existe cierta flexibilidad psíquica en el momento en que uno se aboca a la actividad artística.

El arte se vincula con lo terapéutico en tanto le permite al sujeto realizar un movimiento de reapropiación subjetiva de los afectos que lo recorren. En el campo de la rehabilitación psicosocial cobra importancia la expresión artística porque implica poder fijar de manera

objetiva (en tanto manifestación externa de una vivencia intrasubjetiva) el conjunto de impulsos y sentimientos que el creador plasma, para así –en el compartir– generar y reelaborar el vínculo social. (Techera, et al., 2009, p.45).

Esta disciplina utiliza la práctica artística visual (dibujo, pintura, escultura, entre otras) en un entorno terapéutico, constituyéndose en una herramienta alternativa para acceder al mundo interno de las personas con TMS. Positivamente supera la barrera del lenguaje verbal, valiéndose de la imagen, arte visual, medio no verbal para construir una vía de comunicación entre el paciente y el terapeuta. El Arte-terapia es entonces, “...una profesión de ámbito asistencial, que se caracteriza por el uso que hace de los medios y procesos artísticos propios de las Bellas Artes para ayudar a resolver los conflictos emocionales de las personas” (Robaina y Boyadjian, 2006, p. 158).

Lo interesante de esta forma de psicoterapia es que los usuarios no necesitan tener una experiencia previa o habilidades en arte, ya que no les interesará el producto final desde una perspectiva estética, sino que el objetivo es permitir que el usuario transite el proceso mismo y efectúe un cambio, crecimiento personal, en un ambiente facilitador.

Por último es pertinente hacer referencia al concepto de *calidad de vida*. Este concepto pone énfasis en la percepción de las personas sobre su estado de bienestar psíquico, físico y social. “La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar” (Schwartzmann, 2003, p. 28)

Podemos decir que este concepto reafirma la perspectiva de la recuperación ya que toma en primer plano la apreciación que la persona posee con respecto a su calidad de vida. Es importante entonces poder indagar estos aspectos ya que nos brindaran mayor información del paciente, facilitando su proceso de recuperación.

Problema y preguntas de investigación:

Como se plantea a lo largo de este trabajo, el tratamiento ha evolucionado del uso casi exclusivo de anti psicóticos (medicación) a una forma de tratamiento interdisciplinario e integral, poniendo énfasis en la recuperación psicológica y social de la persona. Por lo dicho se fundamentaría la elección del Centro Psicosocial Sur Palermo para la realización de la investigación, ya que el mismo cuenta con diversos programas y actividades dentro de las cuales se incluyen las que refieren a arte-terapia (plástica, música, fotografía, teatro, entre otras). A través de estas actividades se busca fortalecer el vínculo con la realidad, participando y creando en ella.

En este sentido nos encauzamos en problematizar: *el rol de los talleres expresivos en el proceso de recuperación de personas con esquizofrenia*. A partir de lo leído respecto al tema en la región y desde lo realizado en Uruguay surgen como preguntas de investigación: ¿Qué efectos provoca en los pacientes con esquizofrenia la recuperación desde un enfoque socio comunitario con énfasis en la utilización de talleres expresivos? ¿Se podrán observar cambios significativos en cuando a reducción de síntomas (positivos y/o negativos) de la enfermedad? ¿Qué podemos decir de la evaluación de calidad de vida de la persona implicada?

Objetivo general:

- . Contribuir a la generación del conocimiento sobre el arte-terapia como dispositivo del proceso de recuperación de pacientes con esquizofrenia.

Objetivos específicos:

- . Conocer en profundidad los distintos programas de Rehabilitación Psicosocial Integral del Centro Psicosocial Sur Palermo para personas con esquizofrenia.
- . Conocer los efectos de los talleres artísticos como dispositivo terapéutico en la recuperación de sujetos con dicha enfermedad, teniendo en cuenta la evaluación de calidad de vida de la persona.
- . Indagar en qué aspectos de la persona se constata una mejoría, no solo en lo que respecta a reducción de síntomas (positivos y/o negativos), sino a la recuperación psicológica y social de la persona, poniendo énfasis en la construcción de relaciones sociales y en el proceso de comprensión de la enfermedad.

Diseño metodológico

La metodología a través de la cual se llevará a cabo la investigación será la metodología cualitativa, con el objetivo de producir datos explicativos e interpretativos acerca del fenómeno arte-terapéutico en pacientes con esquizofrenia.

Más específicamente se hará uso del “Diseño de pre prueba-post prueba” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006), en el cual: “A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo” (p. 187).

En este caso el primer paso será aplicarles a los usuarios el conjunto de técnicas (explicitadas a continuación) en el momento en que los pacientes ingresan al centro y luego de que atraviesan el proceso de recuperación, volver a aplicarlas nuevamente. Este proceso cuenta, entonces, con un punto de referencia inicial, punto de partida para el análisis y el posterior seguimiento del grupo en el proceso.

En esta investigación, tal como se señaló, se tomará como muestra al conjunto de pacientes con esquizofrenia que ingresan al Centro Psicosocial Sur Palermo con el objetivo de comenzar su proceso de recuperación.

Las diversas técnicas que se utilizarán serán: descripción del centro (datos previos), observación cualitativa (énfasis en los detalles), realizar registros (ya sea en relación al lenguaje verbal y no verbal, conductas), realización de entrevistas que serán semi-estructuradas (con el objetivo de recabar datos sobre conceptos, lenguajes, formas de expresión, historia y relaciones de los pacientes), y la utilización de escalas estandarizadas: “Escala de Evaluación de la Actividad Global” (EEAG), la cual está orientada para medir el funcionamiento psicosocial del individuo, específicamente de pacientes esquizofrénicos; y “Escala de los síndromes positivo y negativo” (PANSS).

A modo de validación de la metodología seleccionada, es importante definir el concepto de muestra o muestreo teórico. Este último conlleva un proceso de recolección de datos, en donde el objetivo es obtener calidad y profundidad. “En los estudios cualitativos el tamaño de la muestra *no* es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia”. (Hernández, et al., 2006, p. 572)

Dentro de esta metodología también es pertinente definir el concepto de Triangulación de métodos para la recolección de datos. El término se refiere a las diferentes técnicas y herramientas que utilizaré para recabar datos, lo cual hace de ellos una intersección y permite que su “poder de medición” sea mayor. “...en la indagación cualitativa poseemos una mayor riqueza y profundidad en los datos si éstos provienen de diferentes actores, de distintas fuentes y al utilizar una mayor variedad de formas de recolección de datos”. (Hernández, et al., 2006, p. 623)

A partir de la elección de esta metodología así como de la utilización del conjunto de técnicas nombradas y definidas, se plantea como objetivo generar conocimiento específico en relación a la temática propuesta.

Resultados esperados

Teniendo en cuenta las investigaciones realizadas en otros países, las cuales se tomaron como referencia se pueden observar cambios significativos favorables en la persona al transitar por un proceso de recuperación integral, contando con la presencia de talleres artísticos, así como también de otros programas multidisciplinarios.

Por lo dicho podríamos pensar que pueda ocurrir también un proceso favorable en las personas con esquizofrenia, en el Centro Psicosocial Sur Palermo.

Se plantea como posible hipótesis que al transitar el proceso de recuperación y a través de los talleres expresivos, como dinámica grupal, se beneficie el comportamiento social del individuo, desarrollando relaciones y la participación, así como también favoreciendo aspectos más interiores de la persona como ser: la motivación y la creatividad.

Referencias:

Apud, I., Techera, A. y Borges, C. (2013) Proyecto arte y rehabilitación. Sistematización de los trabajos realizados en rehabilitación mediante técnicas derivadas del arte en instituciones psiquiátricas en Uruguay. En: Abrazos: experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental. De León, N. (Coord.) Montevideo: Levy.

De León, N. (2005) ¿Por qué no hablar con la Locura? En: *Tránsitos de una Psicología Social*. Montevideo: Psicolibros.

De León, N. (2013). *Abrazos: Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Levy.

Díaz, L., Ortega, H., Leaños, C., Rodríguez, S., Rascón, L., Valencia, M., (...) y Sánchez, A. (2005). La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Grupo III. *Revista de Salud Mental de México*, 28 (6), 9-19.

Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C. (1995). *Tratado de psiquiatría*. Buenos Aires: Masson.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar*. España: Siglo XXI.

Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México, D.F.: McGraw-Hill.

Lemos, S. (1986). Esquizofrenia: ¿enfermedad crónica? *Estudios de Psicología- Universidad de Oviedo*, 25, 37-50.

May, R. (2005). Dar sentido a la experiencia psicótica y trabajar por la recuperación. En: *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Gleeson, M. y McGorry, P. (coords.). Reino Unido: Desclée.

Pichot, P. (Coord.) (1995) *DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Robaina, S. y Boyadjian, M. (2006). Arte- terapia y rehabilitación. En: VIII Jornadas de Psicología Universitaria: A medio siglo de la Psicología en el Uruguay. Montevideo: UDELAR-FP

Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*.

Recuperado de:

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext&lng=es%2325

Seikkula, J., Aaltonen, J., y Lehtinen, K. (2011). El enfoque del dialogo abierto: Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico. *Sistemas familiares Psychosis*, 17, 75-87.

Shepherd, G., Boardman, J., y Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

Techera, A., Apud, I., Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*.

Zito Lema, V. (1976). *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière: sobre el arte y la locura*. Buenos Aires: Timerman.

Bibliografía:

Blanco, M., Ramírez, M., Rodríguez, M. e Iriarte, M. (2014) Aplicación del modelo de la recuperación a la psicosis en la práctica clínica cotidiana. Una experiencia grupal de 2 años. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34 (122), 249-266.

Calatayud, M. (1997). *Introducción a la Psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Lugar.

De Lellis, M. (2006) *Psicología y políticas públicas de Salud*. Buenos Aires: Paidós.

Delacampagne, C. (2004). *A contestação antipsiquiátrica*. Recuperado de:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272004000100003&script=sci_arttext&lng=es

Ginés, A., Porciúncula, H., Arduino, M. (2005). El Plan de Salud Mental: veinte años después.

Evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (2), 129-150.

Recuperado de: http://www.spu.org.uy/revista/dic2005/03_1_asm.pdf

Gisbert, C. (2003) *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*.

Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Glaser, B. y Strauss, A. (1967). El muestreo teórico. En: *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1986) *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Intercentros: Rehabilitación psicosocial. Guía de centros de Rehabilitación Psicosocial. Recuperado

de: http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110617_guia_centros_rehab.pdf

Moehlecke, V., Galli, T. (2011). *Oficinas de Dança Contemporânea: Um Convite à Reinvenção das Práticas. Revista Mal-estar e Subjetividade – Fortaleza, 11(4), 1547 – 1574.*

Paín, S. y Jarreau, G. (1995). *Una psicoterapia por el arte: Teoría y técnica.* Buenos Aires: Nueva Visión.

Raggio, A. (1999). Por una ética de la intervención. En: *Comunidad: clínica y complejidad.* Montevideo: Multiplicidades.

Rosillo, M., Hernandez, M. y Smith, S. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, 33 (118), 259-270.*

Saiz Galdós, J. y Chévez Mandelstein, A. (2009). *La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas.* Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592009000100009&script=sci_arttext

Tizón, J., (2006). Resiliencia y contención en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. *Archivos de Psiquiatría, 69 (2), 81-84.*

Valencia, M., Caraveo, J., Colin, R., Verduzco, W. y Corona, F. (2014). Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia. *Revista de Salud Mental de México, 37(1), 59-74.*