

Universidad de Zaragoza

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

Curso académico 2014/2015

TRABAJO FIN DE GRADO

***Programa de Terapia Ocupacional basado en la
aplicación terapéutica del arte dirigido a personas con
Trastorno Bipolar***

Autora: África Oter Huélamo

Director: José María Pérez Trullén

ÍNDICE

| | |
|--|---------|
| Resumen | pág. 2 |
| 1. Introducción | pág. 3 |
| 1.1. Descripción de la patología | pág. 3 |
| 1.2. Justificación del programa | pág. 3 |
| 1.3. Justificación del programa desde TO | pág. 5 |
| 1.4. Características del recurso | pág. 6 |
| 2. Objetivos | pág. 6 |
| 3. Metodología y estrategias | pág. 7 |
| 3.1. Búsqueda bibliográfica | pág. 7 |
| 3.2. Elección de modelos | pág. 8 |
| 3.3. Criterios de inclusión | pág. 8 |
| 3.4. Fases del programa | pág. 9 |
| 4. Desarrollo | pág. 10 |
| 4.1. Resultados de la evaluación inicial | pág. 10 |
| 4.2. Acciones y actuaciones del programa | pág. 12 |
| 4.3. Resultados | pág. 17 |
| 5. Conclusiones | pág. 17 |
| Bibliografía | pág. 19 |
| Anexos | pág. 24 |

RESUMEN

El programa que se desarrolla a continuación consiste en una intervención desde Terapia Ocupacional (TO) basada en la utilización del arte, concretamente de los medios plásticos y pictóricos, como recurso terapéutico para el tratamiento de personas diagnosticadas de Trastorno Bipolar (TB). Este trastorno conlleva dificultades a nivel afectivo, social y cognoscitivo, de modo que la intervención artística tiene como objetivo el desarrollo de la creatividad como elemento dinamizador del desempeño ocupacional al estimular los diversos componentes psicofísicos.

Se basa en el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO) dado que ofrece un planteamiento que contempla la evolución del individuo según las distintas etapas del proceso volitivo y además proporciona herramientas específicas de valoración.

En la evaluación se emplean diferentes instrumentos de valoración, algunos de ellos específicos del MOHO como el Cuestionario Volitivo y también se utilizan herramientas complementarias para valorar aspectos como la creatividad, la autoestima y la ansiedad.

En la intervención se plantean actividades fundamentalmente pictóricas y plásticas aunque también se busca integrar actividades de otras categorías artísticas.

Mediante este programa no sólo se hace posible una mayor regulación del nivel emocional, sino que también se consigue una mejora en las capacidades cognoscitivas aplicadas en la actividad artística.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Trastorno Bipolar, creatividad, terapia artística, pintura.



1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción de la patología

El Trastorno Bipolar (TB), considerado como un Trastorno Mental Grave, se caracteriza por oscilaciones en el estado de ánimo que fluctúa entre fases de manía, hipomanía y episodios depresivos. Es un trastorno relativamente frecuente, con tendencia a la cronicidad y de carácter episódico (1).

Las dificultades que causa el TB en las actividades de la vida diaria (AVD) varían en función del grado o intensidad con el que se producen las diferentes fases.

La fase maníaca, o en su forma más leve, hipomaníaca, se caracteriza por un estado de ánimo expansivo, irritable y por una exacerbación de la autoestima. Las actividades se llevan a cabo con un alto grado de impulsividad, excitación y con tendencia a la distracción. La necesidad de dormir está disminuida, presentan agitación psicomotriz y muchas veces no son conscientes del cansancio físico. Pueden involucrarse en situaciones de riesgo y embarcarse en proyectos irreales. Manifiestan dificultades en la participación e integración social debido a la resistencia para acatar normas y aceptar otros puntos de vista (2,3,4).

La situación anímica de la fase depresiva ocasiona pérdida de interés y disminución de la energía. Esto provoca un enlentecimiento psicomotor que junto con el déficit en las habilidades cognoscitivas dificulta el desarrollo de cualquier acción. El deterioro de los hábitos y la dificultad para cumplir con responsabilidades contribuye a un aumento de la inactividad que provoca sentimientos de inutilidad. La disminución de la autoestima contribuye al abandono progresivo de actividades que impliquen participación social lo que puede derivar en situaciones de aislamiento (1,2,3).

1.2. Justificación del programa

Las opciones de tratamiento del TB abarcan desde los tratamientos psicofarmacológicos hasta intervenciones psicosociales, muchas de ellas de tipo psicoeducativo (5). Un abordaje completo y eficaz del TB necesita de la combinación de diferentes formas de intervención complementarias y coordinadas. Entre ellas, tiene un importante papel la Terapia Ocupacional (TO) cuya amplitud de técnicas y estrategias de intervención posibilita la implementación de un programa basado en la terapia

artística. Este tipo de terapia ayuda a compensar los efectos negativos de los fármacos (aplanamiento afectivo, disminución de la actividad intelectual...) mediante el ejercicio de la creatividad que activa y estimula el funcionamiento de los mecanismos sensoperceptivos, atencionales y de procesamiento (6,7).

El programa comparte ideas y conocimientos relacionados con el campo profesional de la “*Arteterapia*” aunque desde la óptica de la TO. La arteterapia se concibe como una terapia triangular (usuario-obra-arteterapeuta) y un proceso de acompañamiento en el cual el arteterapeuta se convierte en un mediador pasivo. Hay diferentes abordajes arteterapeúticos. El enfoque psicoanalítico se centra principalmente en el valor simbólico de las imágenes como reflejo del inconsciente mientras que el enfoque humanista pone más énfasis en el significado que encuentra la persona y en el desarrollo del potencial humano a través de la creatividad (8).

La razón por la que se ha diseñado esta propuesta se basa en que el TB ocasiona una repercusión a nivel afectivo, social y cognoscitivo y por tanto también sobre funciones superiores como la creatividad. El arte como enfoque de intervención se considera un recurso adecuado para el tratamiento de dicha patología ya que posibilita el abordaje de los diversos aspectos psicofísicos (cognoscitivos, afectivos, sociales, motrices y práxicos) (7).

Diversas explicaciones neurocientíficas y psicoanalíticas afirman que los pacientes bipolares son más propensos al humor y la creatividad (9). Puede haber por tanto, cierta convergencia entre el pensamiento creativo y la hipomanía. Desde el punto de vista cognoscitivo comparten la fluidez, velocidad y flexibilidad del pensamiento y, por otro, la habilidad para combinar ideas o categorías de pensamiento para la formación de relaciones novedosas y originales entre conceptos. La necesidad de dormir menos se puede asociar también a un aumento del tiempo de productividad y por lo tanto de más posibilidades de crear (4, 10,11) (ANEXO 1).

Se ha demostrado que los pacientes con TB pueden manifestar un incremento de la creatividad, al presentar altos niveles de actividad durante los períodos de hipomanía, por lo que este tipo de intervención es idónea para desarrollar dicha faceta creativa al canalizar ese exceso de actividad y transformarla en acciones creativas y propositivas (10,12).

Por otro lado, la intervención basada en el arte también es útil para lograr una mayor estabilidad emocional en los estados depresivos residuales. Se busca la remotivación de la persona potenciando su capacidad creativa para la obtención de determinados objetivos. A través del arte el paciente puede expresarse libre y conscientemente y convierte el sufrimiento en algo tangible y manejable. Es un proceso de exteriorización psíquica que libera a la persona de sus preocupaciones y alivia su malestar al encontrar una vía de comunicación que le conecta con el exterior facilitando la relativización. También le ayuda a manejar el estrés considerado como un factor que precipita los estados depresivos.

1.3. Justificación del programa desde Terapia Ocupacional:

El programa que se desarrolla a continuación pone en consonancia el concepto de TO y arte al utilizar el arte dentro de la práctica de TO dirigida a personas con TB. Es un recurso que abarca distintas disciplinas artísticas tales como escultura, pintura, danza, drama, etc. Sin embargo, este programa hace especial hincapié en la faceta pictórica. Para la justificación del programa resulta necesario abordar los diferentes conceptos que constituyen los cimientos del trabajo así como explicar la relación existente entre los mismos.

El arte, “*es el resultado o la expresión plástica de un proceso o acto mental del ser humano y expresión de la perfección, individualidad y originalidad de su mente, con independencia de que haya sido realizado por un sujeto normal o enfermo*” (13). Cualquier definición de arte pone de manifiesto dos premisas básicas que expresan y justifican su valor terapéutico: la capacidad de creación y la necesidad de comunicación del ser humano (14).

La TO comprende también una dimensión artística ya que no sólo se concibe como una ciencia y una profesión sino también como un arte. Desde esta perspectiva, la TO adopta un carácter menos literal y más contextual. Se ha descrito como “*el arte y la ciencia de ayudar a las personas a hacer actividades de la vida diaria que son importantes y significativas para su salud y bienestar a través de la participación en ocupaciones valoradas*” (Blesedell, Boyt, y Cohn 2009) (15).

Históricamente, ambas profesiones han estado relacionadas. El movimiento *Arts and Crafts* (s. XIX) tuvo gran influencia en la concepción de arte como ocupación y en

la importancia de las experiencias personales, la creatividad, el disfrute y la calidad de vida. Se produjo una bifurcación en el uso del arte: por un lado tenía una finalidad recreativa y por otro se le otorgó una función curativa. Sin embargo, el arte como instrumento terapéutico no se instauró como profesión hasta mediados del siglo XX impulsado por Adrian Hill quien acuñó el término de “*arteterapia*” (16, 17,18).

El Arte y la ocupación tienen una visión holística del ser humano. Tienen objetivos comunes como el logro del bienestar, la salud y el equilibrio y uno de los principios rectores, tanto en la TO como en el arte, es la creatividad.

La creatividad tiene un carácter potencial y es inherente al ser humano. En el arte se considera indispensable para la génesis de obras o ideas únicas, originales, con una finalidad que puede ser estética y/o comunicativa (13). También es el eje central en la TO ya que permite resolver situaciones para las que el conocimiento, los métodos y las técnicas existentes no demuestran eficacia (19).

1.4. Características del recurso o contexto donde se articulará el programa:

El programa se llevará a cabo en un Centro de Día y estará destinado a un grupo de personas con TB que presentan deterioro de sus capacidades funcionales y desestructuración de su entorno social. Se impartirá en sesiones grupales, pero también se organizará alguna sesión individual para lograr una mejor adaptación y conocimiento de las características individuales. El grupo estará compuesto por 6-7 usuarios y la frecuencia de la terapia grupal será de 2 días a la semana. El tratamiento grupal será de 1 hora y media de duración y el tratamiento individual de 1 hora.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general: favorecer la creatividad de los pacientes con TB a través de la práctica de pintura terapéutica unida a otras disciplinas artísticas para lograr un mayor éxito en su desempeño ocupacional, una mejoría clínica y en consecuencia una mejor calidad de vida.

2.2. Objetivos específicos:

- Observar y evaluar los intereses y capacidades individuales e identificar los problemas y dificultades que limitan la capacidad creativa del sujeto.
- Establecer un vínculo terapéutico adecuado y funcional para facilitar el intercambio de comunicación, el entendimiento mutuo y conseguir una mayor adherencia al programa.
- Ajustar las actividades artísticas a las características del sujeto, atendiendo a su personalidad y sintomatología, buscando la estabilización anímica.
- Promover la autonomía y la autoafirmación mediante actividades que entrenen en la toma de decisiones y la resolución de problemas.
- Facilitar el autoconocimiento a través de la observación de uno mismo y del trabajo realizado.
- Mejorar las habilidades sociales y fomentar la integración social, mediante la participación en actividades grupales y la fabricación de productos que constituyen un nexo con la sociedad.
- Extrapolar o conseguir un desplazamiento de los logros alcanzados con esta terapia a otros ámbitos de la vida diaria.
- Mantener el interés por este tipo de actividades e integrarlas dentro del ocio de la persona en su vida diaria una vez dada el alta.

3. METODOLOGÍA Y ESTRATEGIAS

3.1. Búsqueda bibliográfica

La búsqueda de referencias bibliográficas se ha realizado a través de diferentes fuentes de información en castellano y en inglés tales como: bases de datos (Dialnet, Pubmed) y diversas revistas de internet como Scientific American, American Occupational Therapy Association (AOTA), The Open Journal of Occupational Therapy (OJOT), la Revista de Terapia Ocupacional de Galicia (TOG) y la Revista de toxicomanía y salud mental (RET). También se ha incluido información obtenida de

Páginas Web (Psiquiatria.com) y de libros propios y consultados en la biblioteca de la Universidad de Zaragoza.

Las palabras claves utilizadas para la búsqueda de artículos han sido las siguientes (en castellano e inglés): *trastorno bipolar, terapia ocupacional, desempeño ocupacional en el TB, arte, creatividad, arteterapia, pintura, escalas de creatividad, Modelo de la Ocupación Humana, Modelo Canadiense, etc.* Cuando no obtenía resultados simplificaba la búsqueda introduciendo una sola palabra o relacionándolas entre sí.

3.2. Elección de modelos/ marcos conceptuales

El principal modelo en el que se basa el programa es el *Modelo de Ocupación Humana* (MOHO) que sirve de guía ya que propone un proceso basado en tres estados de cambio, conocido como continuo volitivo, observable en el proceso artístico: exploración, competencia y logro. Además, la clasificación en subsistemas nos aporta una visión estructurada de la organización interna del individuo. Este modelo proporciona herramientas de valoración propias que pueden aplicarse a esta población (20).

También se ha tenido en consideración el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional ya que este programa estriba en el uso consciente del *self* así como en la mejora de las relaciones sociales y la conexión con la sociedad. Además, siguiendo su filosofía, la ocupación en este caso relacionada con el arte, confiere un significado a la persona que refuerza la identidad personal y proporciona salud y bienestar (21, 22).

3.3. Criterios de inclusión

La población diana a la cual va destinado el programa son personas con diagnóstico de trastorno bipolar de cualquier edad superior a los 20 años que preferentemente cumplan los siguientes requisitos:

- Cumplimiento del tratamiento farmacológico y seguimiento clínico por parte del médico psiquiatra.
- Estabilizados clínicamente sin presentar descompensaciones muy acusadas
- Ausencia de deterioro intelectual o agresividad.
- Afectación de diferentes áreas ocupacionales a causa de problemas propios del trastorno.

Los pacientes ingresarán en el programa por recomendación del médico psiquiatra o por interés del propio individuo, de la familia o de la persona /s que conviven con el enfermo.

3.4. Fases del programa:

Las fases que constituyen el programa son las siguientes:

1. *Evaluación.* Se subdivide en una primera fase de recogida de información y en una segunda fase observacional.
2. *Planificación e implementación de la intervención.* Se ponen en marcha las actividades artísticas diseñadas en base a los objetivos planteados según las necesidades grupales y de cada usuario.
3. *Reevaluación o evaluación de los resultados.* En este apartado se incluyen los resultados esperados pero no figuran resultados reales al ser un programa hipotético que no se ha llevado a la práctica. (TABLA 1)

TABLA 1. Relación de las fases con los objetivos y la temporalidad

| FASE | OBJETIVOS | TEMPORALIDAD |
|---------------------|---|------------------------------------|
| EVALUACION: | <ul style="list-style-type: none">• Observar y evaluar los intereses y capacidades e identificar los problemas que limitan la capacidad creativa individuo.• Establecer un vínculo terapéutico adecuado y funcional. | 1 ^{er} mes |
| INTERVENCIÓN | <ul style="list-style-type: none">• Ajustar las actividades artísticas a las características del sujeto, buscando la estabilización anímica.• Promover la autonomía y la autoafirmación.• Facilitar el autoconocimiento.• Mejorar las habilidades sociales y fomentar la integración social. | 2 ^o -5 ^o mes |

REEVALUACIÓN

- Extrapolar los logros alcanzados con esta terapia a otros ámbitos.
- Mantener el interés por este tipo de actividades e integrarlas dentro del ocio de la persona en su vida diaria.

6º mes

4. DESARROLLO

4.1. Resultados de la evaluación inicial

La evaluación inicial nos proporciona datos acerca de las necesidades individuales de la persona que variarán en función de la problemática y sintomatología asociada a cada episodio, de las características intrínsecas de la persona así como de los factores extrínsecos. El objetivo de la intervención será cubrir dichas necesidades, trabajando aspectos psicoexpresivos que ayuden a minimizar la aparición de conductas y actitudes negativas (TABLA 2) (7,23). Se atiende a los tres subsistemas del MOHO sobre los que se actuará de forma directa e indirecta.

TABLA 2. Posibles dificultades que alteran los subsistemas

| FASES TB | DIFICULTADES | ASPECTOS A REFORZAR |
|------------------------|---|--|
| AMBOS EPISODIOS | Falta de conciencia sobre su sintomatología y estado psicopatológico (anosognosia). | Identificación de los síntomas y señales de alarma precursoras de los episodios mediante la introspección y el análisis del transcurso de la sesión. |
| | Escaso control emocional. Ansiedad. | Mejora del <i>insight</i> emocional mediante la expresión y canalización de las emociones a través de la pintura. |
| | Distractibilidad y déficit de las funciones cognoscitivas. | Mejora de la atención a través de ejercicios guiados y circunscritos en un marco espacial y temporal. |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| DEPRESIÓN | Disminución de la capacidad para tomar decisiones. | Mejora de la autonomía y toma de decisiones exponiendo criterios de selección de materiales y aplicando estrategias de afrontamiento ante cualquier imprevisto. |
| | Disminución de la autoestima y sentimientos de inutilidad. | Potenciación de la autoimagen y del sentido de pertenencia al grupo. Centrarse en los logros y capacidades. |
| | Pensamientos negativos y autodestructivos. | Vehiculizar las emociones y pensamientos a través del arte transformándolos en energía constructiva. |
| | Disminución del interés y del placer. | Incrementar la motivación al detectar su propia evolución (retroalimentación positiva). |
| MANÍA HIPOMANÍA | Exceso de actividad. Impulsividad. Comportamiento invasivo. | Seguimiento de las consignas y aceptación de los límites y normas del <i>Setting</i> o encuadre terapéutico. |
| | Agitación psicomotora. | Aumentar el control sobre el propio cuerpo mediante técnicas de relajación, ejercicios de conciencia corporal y movimiento. |
| | Expectativas e ideaciones alejadas de la realidad. Deseos difíciles de satisfacer. | Participación en actividades artísticas que permitan la exploración de las capacidades y limitaciones y faciliten la orientación a la realidad. |

4.2. Acciones y actuaciones del programa

Este programa integra en cada una de sus fases las diferentes utilidades o aplicaciones del arte:

- **Herramienta catártica:** a través del arte, se conceptualiza la expresión motora de las emociones y se produce la transmutación de sentimientos y afectos, que conlleva un estado de expresión, descarga emocional y resolución de conflictos intrapsíquicos. En este primer uso, el TO adopta un papel pasivo (24).
- Forma de **evaluación:** mediante la observación del desempeño del paciente y el seguimiento de su proceso creativo podemos obtener información valiosa sobre su evolución y estado psicopatológico. No se trata tanto de interpretar o analizar su obra, sino de alentar al paciente a que encuentre el significado de la misma y nos lo transmita.
- Forma de **intervención:** puede impartirse de forma más directiva o guiada por el TO por ejemplo si se quieren modificar patrones de comportamiento o ayudar al paciente a salir de una fase de bloqueo.

4.2.1. Fase Evaluación. Se divide en dos subfases:

4.2.1.1. Subfase I (Evaluación inicial): la finalidad es recabar información acerca de la historia ocupacional y su estado psicopatológico. Para registrar esta información utilizaremos diferentes herramientas de evaluación:

- Entrevista semi- estructurada de Evaluación de las Circunstancias Ocupacionales y Escala de Puntaje (OCAIRS) (25).
- Información procedente de fuentes indirectas: informes de otros profesionales y entrevista a familiares.
- Escala de autoestima de Rosenberg (26).
- Escala de ansiedad de Hamilton (27).

4.2.1.2. Subfase II: se valora el desempeño ocupacional en actividades creativas de prueba para posteriormente diseñar actividades terapéuticas adaptadas a sus necesidades e intereses. Las primeras sesiones son de carácter individual y se reservan para el conocimiento mutuo y del contexto terapéutico

(28). Puede administrarse el ***Test del Pensamiento Creativo de Torrance***, concretamente el TTCT- Figurativo, con el objetivo de evaluar la capacidad creativa a través de dibujos y composiciones (29).

El objetivo en esta subfase es fomentar la ***exploración*** del espacio y de los materiales así como la autoexploración. Es importante también el establecimiento de la alianza terapéutica para favorecer los fenómenos transferenciales. Si se plantea alguna actividad en las primeras sesiones para observar su desempeño, deben ser de carácter compartido, es decir, aquellas en las que el TO adopte un papel activo de manera que el paciente no se sienta observado:

- *Encadenando garabatos.* La terapeuta puede comenzar haciendo un garabato que el paciente continúa, lo cual ayuda a superar el *miedo al folio en blanco*. Conforme el usuario adquiera seguridad podemos ir introduciendo figuras más complejas o dilatando la duración de los turnos.
- *Establecer un diálogo mediante dibujos-pinturas.* Se utilizan como herramienta comunicativa de aspectos o experiencias que no pueden exteriorizarse por la vía verbal (28).

Posteriormente el sujeto se incorpora a las sesiones grupales y esporádicamente, si es necesario, puede recibir tratamiento individual.

En esta subfase se utilizan herramientas de evaluación observacional:

- Cuestionario Volitivo (VQ) (30): para registrar el continuo volitivo.
- La Escala de Evaluación Comprensiva en Terapia Ocupacional (COTE) (31): para registrar, en las sesiones grupales, el comportamiento interpersonal, general y en la tarea.

4.2.2. Fase intervención: en esta etapa además de fomentar la exploración, introducimos actividades pautadas o guiadas. Se corresponde con el nivel de ***competencia***. Podemos incrementar el nivel de dificultad de las actividades en función del tipo de material pictórico que utilicemos (TABLA 3) pero también según la estructura y el objetivo de la actividad (28, 32). Los materiales utilizados actúan como

mediadores entre el paciente y el terapeuta (32). En función del material escogido se pueden utilizar diferentes soportes: lienzo, madera, tela (pintura textil), cartón, etc.

TABLA 3. Clasificación del material pictórico según la dificultad (*Landgarten, 1987*) (33):

| <i>Dificultad Baja</i> | <i>Dificultad Media</i> | <i>Dificultad Alta</i> |
|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Temperas | Pintura de dedos | Acuarela |
| Pinceles gruesos | Lápices acuarelables | Oleo |
| Brochas | Acrílicos | Rodillo |
| | Sprays | Espátula |
| | Pastel graso | Esponja |

El procedimiento que prevalece en todas las actividades es la pintura ya que hay estudios que señalan que permite una mayor fluidez en la expresión afectiva mientras que técnicas más sólidas suelen implicar más control (32).

Las actividades pictóricas que componen el programa se fundamentan en los diferentes usos que podemos hacer de los medios artísticos y de los componentes expresivos:

- *Actividades de exploración de las propiedades físicas de cada material.* Incluyen acciones como garabatear, esparcir, salpicar, experimentar con los trazos, crear texturas, etc. para estimular sensaciones perceptivas.
- *Utilización destructiva de los materiales.* Mediante este método logramos descargar emociones negativas (catarsis) por ejemplo rasgando el papel, destruyendo las obras propias realizadas, etc. (32).
- *Utilizar colores y formas para la transmisión de emociones.* El color puede aplicarse de forma libre sobre el soporte o en base a unas directrices en función de lo que queramos evaluar. En algunos casos el uso del color puede ser un indicador del estado anímico (8):
 - Seleccionar los colores en función de las emociones suscitadas por el recuerdo de una determinada experiencia o por la contemplación de una imagen o palabra.

- Modificar la paleta de color utilizada en un determinado cuadro y observar como varía el mensaje según los colores empleados (por ejemplo sustituir colores fríos por cálidos). El lenguaje del color tiene efectos sobre la propia persona y puede actuar como regulador del estado anímico.
- Expresión libre del color.

Además del planteamiento de actividades exclusivamente pictóricas se pueden combinar dicha especialidad con prácticas propias de *otros ámbitos disciplinarios* dando lugar a propuestas de actividades muy heterogéneas (TABLA 4).

TABLA 4. Actividades de diferentes modalidades y objetivos.

| MODALIDAD | ACTIVIDAD /ES | OBJETIVOS |
|-----------------------------|---|---|
| Música y pintura | Elegir piezas de diversos géneros musicales y pintar al unísono, buscando una adecuación de la música al estado de ánimo y a los objetivos. | Aportar orden, flexibilidad de pensamiento, relajación. Promover la capacidad de abstracción, la iniciativa y la seguridad. |
| Relajación y pintura | Ejercicios de visualización y proyección pictórica de las situaciones y escenas descritas. Técnicas de respiración durante los ejercicios. | Liberar la tensión, disminuir la ansiedad y lograr una mayor conciencia corporal. |
| Escritura y pintura | Se pueden configurar historias conjuntas o trabajar a nivel individual. Si a partir de la obra escribimos un relato transformamos lo simbólico en una narrativa que estructura y organiza el pensamiento. | Trabajar la atención, la imaginación, la fluidez verbal y la flexibilidad cognitiva. La escritura, además, puede ayudar a desbloquear acontecimientos traumáticos. |

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| Pintura y expresión corporal | Ejercicios de pintura corporal o pintura y confección de máscaras y teatralización. Ejercicios de danza y pintura | Mejorar la interacción social, el autocontrol emocional, la autoestima y reforzar la identidad personal (34). |
| Mural pintura y collage | Creación de murales combinando ambas técnicas y eligiendo distintas temáticas. | Fortalecer el trabajo en equipo, el respeto hacia los compañeros y las relaciones sociales |

Por último una parte fundamental de la intervención es la *exposición o venta de los productos realizados*. Las creaciones pueden ser susceptibles de venta en mercadillos dentro o fuera del centro con el objetivo de mejorar la integración social.

Otra forma de promocionar socialmente sus obras es a través de exposiciones inspiradas en el estilo *Art Brut* (ANEXO 2). Los usuarios adoptan un papel activo en la sociedad; dejan su rol de enfermo para asumir un rol productivo y retributivo que refuerza su identidad, autoestima y autoconcepto. Por lo tanto, esta etapa la conciben como un **logro** que además de proveer de una mayor autonomía les estimula a mantenerse en la actividad para seguir obteniendo beneficios psicológicos, económicos y sociales.

4.2.3. Fase reevaluación: una vez transcurrido el periodo de intervención, en el 6º mes, se realizará una reevaluación del sujeto. Se utilizará para ello algunas de las valoraciones administradas en un principio tales como la *COTE*, la *Escala de Autoestima de Rosenberg* y *Escala de Ansiedad de Hamilton* con el fin de comprobar si la intervención ha sido eficaz. Por otro lado la visión retrospectiva del trabajo plástico aporta una visión de la evolución del usuario que puede ser percibida por parte del terapeuta y del propio sujeto.

Es muy difícil cuantificar o detectar la creatividad dada su complejidad pero se intenta mediante una serie de test o escalas como la *Art Scale de Barron* (1952) o sobre todo el *Test de Pensamiento Creativo de Torrance*. Sin embargo, no existe ninguna

escala o test que pueda valorar específicamente una función psíquica tan compleja, personal y diferenciada.

Por último se realizará un cuestionario de satisfacción (ANEXO 3) para conocer el grado de satisfacción del usuario con el programa y si se han cumplido sus expectativas. De esta manera conoceremos qué objetivos se han alcanzado y cuales hay que volver a formular.

4.3. Resultados:

Tras el transcurso del periodo en el cual se lleva a cabo la intervención, se espera:

- Mejoría en la puntuación de los test aplicados en un 70% de los usuarios.
- Mejoría o estabilización del cuadro clínico en un 60% (informe médico, información expresada por el usuario)
- Deseo de continuar la terapia dado que la adherencia al tratamiento se relaciona con la eficacia, en al menos un 70%
- Disminución de la ansiedad registrada a través de la escala de ansiedad de Hamilton al obtener una menor puntuación en un 75%.
- Una mejora de la creatividad detectada mediante los correspondientes test de creatividad en un 60%.
- Necesidad de menos tratamiento médico en al menos un 50%.



5. CONCLUSIONES

Este programa, a diferencia de lo que conocemos como “*Arteterapia*”, no solo apuesta por el uso del arte de forma terapéutica sino que también se utiliza como herramienta de evaluación para valorar la habilidades y destrezas, así como las limitaciones en los componentes del desempeño funcional.

Las terapias artísticas promueven la creatividad en el individuo la cual tiene diversos beneficios ya sea a la hora de resolver problemas, desarrollar proyectos novedosos o adoptar otros puntos de vista. Fomentar la actividad creativa en pacientes con TB ayuda a canalizar el exceso de energía en el paciente hipomaniaco, y atenúa las

tendencias autodestructivas del paciente con depresión al trabajar con energía constructiva.

La expresión a través del arte favorece la comunicación a través de un código propio; el paciente logra materializar sus emociones y dar salida a múltiples pensamientos que no pueden viajar por la vía verbal. Constituye un proceso de exploración y aprendizaje que modula las emociones del individuo. Por otro lado compartir experiencias artísticas favorece la integración social y mejora el sentido de autoeficacia.

El paciente con TB a lo largo de todo el proceso artístico-terapéutico, trabaja desde una perspectiva más realista sus capacidades y limitaciones y va adquiriendo una mayor conciencia sobre sí mismo, y por lo tanto de su sintomatología y problemas asociados, por lo que las necesidades de tratamiento farmacológico pueden llegar a disminuir.

Por último, las limitaciones de este programa radican en que el arte como terapia es una práctica relativamente nueva y poco extendida, por lo que las fuentes de evidencia y las investigaciones acerca de sus beneficios aún son escasas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Grupo de de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 1^a Ed. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. UAH / AEN; 2012.
- (2) Bellido Mainar, J R; Sanz Valer, P / Coordinador: COPTOA. Manual de prácticas para el cuidador. Buenas prácticas en el trastorno bipolar. El cuidado y la promoción de la autonomía personal en el trastorno bipolar. Gobierno de Aragón; 2013 [Acceso 27 de febrero del 2015]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/BienestarSocialFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/005.GUIA_BIOPALAR_.pdf
- (3) Mood Disorders Society of Canada. Bipolar Disorder. 2 Ed. Canada: Astrazeneca; 2009.
- (4) Vieta, E. y Colom, F. “El humor y los estados maníacos del trastorno bipolar”. JANO. 2001; 61: 27-30.
- (5) Malhi, G.S., Adams, D., Lampe, L., Paton, L., O’Connor, N., Newton, L.A., Walter, G., Taylor, A., Porter, R., Mulder, R. T., Berk, M. Recomendaciones para la práctica clínica en el trastorno bipolar. RET [Revista en Internet] 2009 [acceso 2 de marzo del 2015]; N° 57. 1-57. Disponible en: http://www.cat-barcelona.com/uploads/rets/Ret57_3.pdf
- (6) La cara creativa de la bipolaridad. Estética y Salud. 2010. [Acceso el 2 de marzo del 2015]. Disponible en: <http://esteticaysalud.com.ve/la-cara-creativa-de-la-bipolaridad/>
- (7) Vallejo Laiz, F P. Arteterapia en trastornos mentales severos: efectos terapéuticos derivados de una intervención grupal no directiva, desde el discurso de sus participantes, usuarios de servicios de salud ambulatorios [Tesis]. Universidad de

Chile. 2011. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/cs-vallejo_p/pdfAmont/cs-vallejo_p.pdf

(8) Espina, A. Arteterapia y psicosis. Integrando a Dionisio y Apolo. 1^a Ed. Madrid: Mandala Ediciones; 2013.

(9) Maçkali, Z.; Güloksüz, S.; Oral, T. Creativity and Bipolar Disorder. Turkish Journal of Psychiatry [Revista en Internet] 2013 [Acceso 5 de marzo del 2015] 1-10. Disponible en: <http://www.turkpsikiyatri.com/Data/UnpublishedArticles/yr82ty.pdf>

(10) Jamison, K. "Manic-depressive illness and creativity". Scientific American. 1995; 22: 46-5.

(11) Chávez, RA. ; M^a del Carmen, L. La creatividad y la psicopatología. Salud mental [Revista en Internet] 2005 [Acceso el 6 de marzo del 2015] vol. 23. 1-9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/582/58252301.pdf>

(12) Keynes, M. "Creativity and psychopathology". *Lancet*. 1995: 345: 138-9.

(13) Pérez Trullén, J.M. La psicopatobiografía de Goya: influencia sobre su creatividad y su obra [Tesis en Historia del Arte]. Facultad de Filosofía. Universidad de Zaragoza. 2013.

(14) Pérez Sánchez, P. Terapia ocupacional y arte en salud mental: una perspectiva creativa TOG (A Coruña) [Revista en Internet] 2014 [Acceso el 12 de marzo del 2015]; monog. 6: [160-175]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num6/mental.pdf>

(15) Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. Contemporary Occupational Therapy Practice in the United States. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B Schell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 11th ed. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. 216-229.

(16) Bathje, M. Art in Occupational Therapy: An Introduction to Occupation and the Artist. The Open Journal of Occupational Therapy [Revista en Internet] 2012 [Acceso 17 de marzo del 2015] Vol. 1. Article 8 [1-8] Disponible en:<http://scholarworks.wmich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1034&context=ojo>

(17) Ellen Levine, R. The influence of the Arts and Crafts movement on the professional status of Occupational Therapy. AJOT [Revista en Internet] 1987 [Acceso 19 de marzo del 2015] Vol. 41, 248-254. Disponible en: <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1882330>

(18) PsychCentral.com. [Sede Web] Song, W. [Revisión 20 de abril del 2013; [Acceso el 19 de marzo del 2015] Arts & Crafts in Psychiatric Occupational Therapy. Disponible en: <http://psychcentral.com/blog/archives/2013/04/21/arts-crafts-in-psychiatric-occupational-therapy/>.

(19) Díaz-Mor Prieto, C.; Huerta Mareca, R.; Una visión antropológica de la creatividad. TOG (A Coruña) [Revista en Internet] 2014. [Acceso el 22 de marzo del 2015]; monog. 6: [29-37]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/mono/num6/antropologia.pdf>

(20) Kielhofner, G. Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3^a Edición. Editorial médica Panamericana; 2002.

(21) C.A.O.T. Enabling occupation: An occupational therapy perspective. Canadian Association of Occupational therapist, CAOT; 1997.

(22) Simó, S; Urbanowski , R. El modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional I. Revista TOG (A Coruña) [Revista en Internet] 2006 [Acceso el 26 de marzo del 2015] (3). 1-27. Disponible en: <http://revistatog.com/num3/pdfs/ExpertoI.pdf>

(23) Mercedes, D. y Aranguren, M. Beneficios del arteterapia sobre la salud mental. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

(24) López Romero, B. Arte terapia. Otra forma de curar. Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas [Revista en Internet] 2004 [Acceso el 5 de abril del 2015] N° 10: 101-110.

(25) Kielhofner, G. Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación. 3^a Edición. Editorial médica Panamericana; 2002.

(26) Rosenberg, M.: Society and the adolescent self-image (Revised edition). Middletown, C. T.: Wesleyan University Press; 1989

(27) Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medicine and Psychology. 1959; 32: 50-55.

(28) López Martínez M D. La Intervención Arteterapeutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español [Tesis doctoral]. Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica. Universidad de Murcia; 2009

(29) Torrance, E.P. "The Torrance Test of Creative Thinking"- Norms- Technical Manual Research Edition- Verbal Test, Forms A and B- Figural Testm Forms A and B. Pricenton NJ: Personnel Press; 1974.

(30) De las Heras C, Geist R, Kielhofner G, Li Y. The Volitional Questionnaire (VQ) Version 4.1. Model of Human Occupation. Chicago: Clearing- house; 2007.

(31) Brayman S.J.; Kirby, T.F.; Misenheimer, A. M.; Short, M.J. Comprehensive occupational therapy evaluation scale; 1976.

(32) López Martínez, M.D. Técnicas, materiales y recursos utilizados en los procesos arteterapéuticos. Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Revistas UCM [Revista en Internet] 2011 [Acceso el 27 de abril del 2015]; Vol.6: 183-191. Disponible en:
www.edumargen.org/docs/curso51/unid4/complem05_04.pdf

(33) Landgarten, H. B. Family art psychotherapy: A clinical guide and casebook. New York, Brunner/ Mazel Publishers; 1987.

(34) Navajas Seco, R.; Rigo Vanrell, C. Arte y Expresión Corporal: una Fusión para Contribuir en la Formación del Docente. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. 2008; vol. 3: 189-202.

ANEXOS

(35) Gómez Lloppis, J. Psicopatología de la Expresión. Universitat Jaume I. Castellón. 2005.

(36) Valdés Carillo, R. Goya, un genio enfermo. Revista sociocultural del Centro Católico de Formación Cívica y Religiosa de Pinar del Río. N° 36.

(37) Magro, E. Diez grandes pintores que sufrieron problemas mentales. ABC. 17 de julio del 2012. Arte.

(38) Sarriugarte, I. La Leyenda Negra de un Pintor Maldito: Paul Gauguin. Razón y Palabra [Revista en Internet] 2003 [Acceso el 16 de agosto del 2015]. N°36. <http://www.razonypalabra.org.mx/antiguos/n36/isarri.html>

(39) Gil Román, J. P. Picasso, de la realidad a los sueños [Acceso el 15 de agosto del 2015]. Disponible en: <http://institucional.us.es/aulaexp/PanelP/PICASSO.pdf>

(40) Diego Caballero, J. Mark Rothko: vida y obra de un artista excepcional [Sede Web]. Sevilla. 2008 [Acceso 10 de agosto del 2015]. Disponible en: http://homines.com/arte_xx/mark_rothko/index.htm

(41) López Márquez, A. Jackson Pollock y su regado y polarizado *Dripping*. 2005

(42) Sánchez Carralero, R; Sánchez Carralero, C. Arte marginal y proceso creativo a partir del pensamiento de Jean Dubuffet. Arte, educación y cultura. Aportaciones desde la periferia. COLBAA. Jaén; 2012.

ANEXO 1: ARTE Y EXPRESIÓN PSICOPATOLÓGICA

Las obras artísticas pueden llegar a manifestar el estado psíquico de la persona. Las alteraciones perceptivas, la alteración en el contenido del pensamiento y la psicopatología de la afectividad son procesos patológicos que pueden reflejarse o producir cambios en la obra. El arte ha tenido para muchos artistas célebres una función catártica y ergoterapéutica, además de convertirse en un medio de comunicación a través del cual expresan su enfermedad y percepción del mundo (35).

FRANCISCO DE GOYA (1746-1828). Se han planteado innumerables diagnósticos para la enfermedad que sufrió en su edad adulta. Hay hipótesis que señalan que además de problemas de audición padeció esquizofrenia. Otros estudios apuntan que pudo tener depresiones e incluso trastorno bipolar. En un primer periodo, realizó obras por encargo de un gran contenido colorista y cuyos paisajes y personajes obedecían a un modelo de belleza pictórica (*“Las lavanderas”*, *“El otoño”*). En años posteriores se aíslo a causa de la enfermedad y la producción artística fue tornándose cada vez más oscura, culminando con las famosas *“Pinturas Negras”*, muchas de ellas protagonizadas por personajes grotescos. Recrean escenas pesimistas, mostrando los aspectos más desagradables de la vida y del ser humano (36).



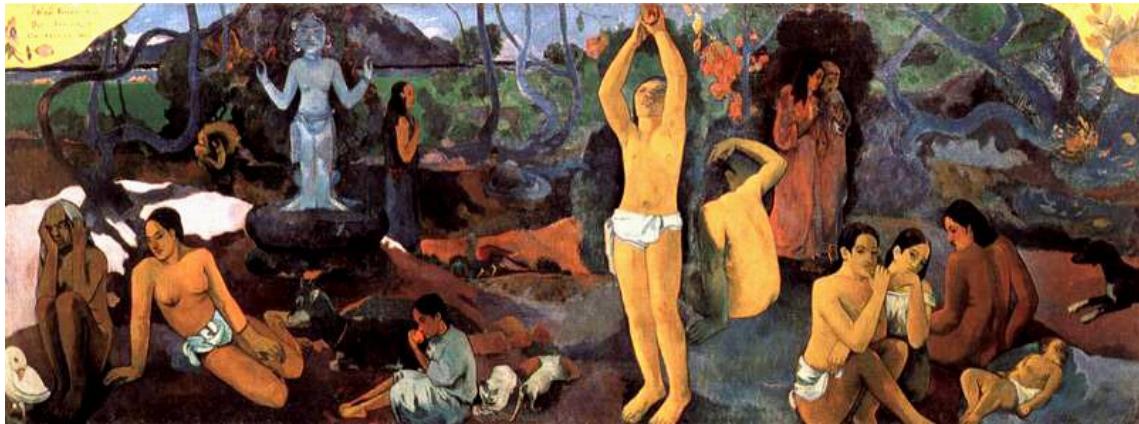
VINCENT VAN GOGH (1853-1890). Hay discrepancias en cuanto a su diagnóstico pero algunos autores especulan que sufrió trastorno bipolar. La irrupción de la psicosis desató su creatividad y sus cuadros se tiñeron de un estilo cada vez más expresionista con una gran carga afectiva, donde plasmaba sus alucinaciones (37). En la obra “*Trigo con cuervos*”, Van Gogh quiso expresar su tristeza y extremada soledad como anticipo de la tragedia, a través del simbolismo del color (negro y azul del cielo), y de elementos como los cuervos.



EDWARD MUNCH (1863-1944). Se ha llegado a pensar que sufrió una enfermedad afectiva bipolar. Atravesó varias crisis que propiciaron su creatividad dando lugar a obras célebres como “*El grito*”. En esta obra refleja la angustia existencial. Se cree que a causa de su enfermedad mental alternaba períodos de alta productividad artística con períodos menos productivos. En su obra denominada “*La madonna*” utiliza colores oscuros que reflejan el alma atormentada del pintor (37).



PAUL GAUGUIN (1848-1903). Se dice que Gauguin vivió sucesivamente entre un estado de euforia y depresión. Una de esas crisis le llevó a realizar un testamento pictórico titulado “*¿De dónde venimos? ¿Quiénes somos? ¿A dónde vamos?*” donde anunciaba la idea de suicidarse. Es una de sus obras más ambiciosas (38).



PABLO PICASSO (1881-1973). La *Etapa Cubista* de Picasso fue precedida por dos etapas: el *Periodo Azul* y el *Periodo Rosa*. Se dice que el *Periodo Azul* sucedió al entrar el artista en una fuerte depresión a causa del suicidio de un amigo y se caracteriza por el predominio del color azul en sus obras y la representación de figuras desamparadas y con expresión trágica. Las obras transmiten desesperación y soledad, se refleja el pesimismo y la tristeza que atraviesa el artista. Posteriormente la *Etapa Rosa* se caracteriza por la progresiva desaparición del color azul y el uso de colores pastel y tonos cálidos. Las obras conservan un aire melancólico pero no el profundo desasosiego del anterior periodo (39).



MARK ROTHKO (1903-1970). Fue uno de los máximos representantes del expresionismo abstracto. Su pintura experimentó sucesivas y radicales transformaciones, marcada también por una severa depresión que acabaría por llevarle al suicidio. Sustituyó los colores vivos y brillantes de sus cuadros por colores sombríos en consonancia con los problemas psíquicos del artista (40).

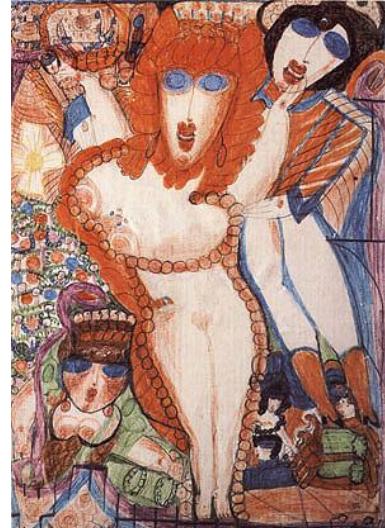
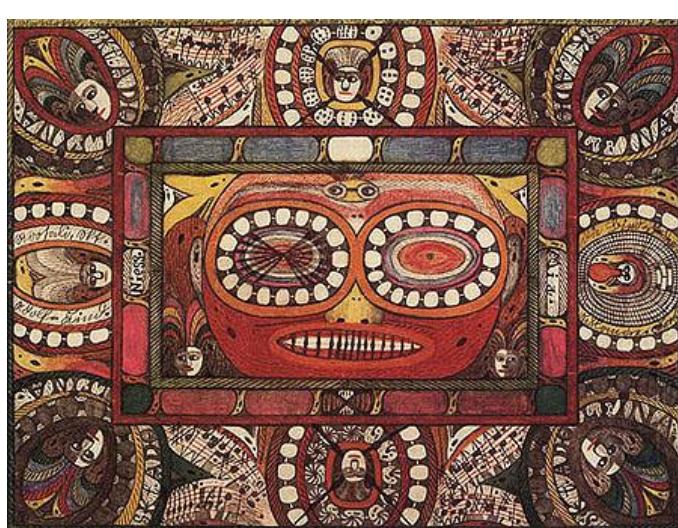


JACKSON POLLOCK (1912-1956). Pintor del impresionismo abstracto, desarrollo la técnica de *Dripping*. Existen hipótesis acerca de que además de presentar problemas de alcoholismo, padecía trastorno bipolar. Algunas de sus obras, que posiblemente correspondan con un periodo de hipomanía, poseen un carácter enérgico y están compuestas por colores estridentes aplicados en movimientos circulares que confieren un gran dinamismo a la obra. Luchó contra el alcoholismo toda su vida pero atravesó periodos críticos en los cuales sus obras perdían cromatismo (41).



ANEXO 2: ART BRUT

El concepto de *Art Brut* nació en Francia en el siglo XX de la mano de Jean Dubuffet. Este término hacía alusión al arte producido por personas inadaptadas, pacientes residentes en hospitales e instituciones psiquiátricas ajenos al mundo artístico. Se trataba de obras realizadas de forma espontánea como respuesta a una necesidad interior. Dubuffet afirmaba que todos tenemos un potencial creativo que las normas sociales anulan. En 1945 comenzó a colecciónar obras de personas que se mantenían al margen de la sociedad y en 1972 presentó su colección, la mayoría realizada por pacientes de centros psiquiátricos, pero rechazó la idea de que se considerase un “arte psiquiátrico” señalando que “no existe un arte de los locos”. Las obras se caracterizaban por una marcada tosiedad, espontaneidad, un carácter grotesco e irreflexivo, alejándose del marco tradicional del arte y de la belleza (42).



ANEXO 3: CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN

.....

Valorar atendiendo a las siguientes puntuaciones: 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo.

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Considero que el programa ha sido de utilidad | | | | |
| He notado cambios positivos en estos meses | | | | |
| Me he sentido motivado en las actividades del programa | | | | |
| Se han considerado mis intereses y preferencias en las actividades | | | | |
| Las actividades han despertado en mí nuevos intereses y aficiones | | | | |
| Me han parecido adecuados los horarios y el lugar donde se ha llevado a cabo | | | | |
| El trato y atención por parte del profesional ha sido agradable | | | | |
| Se ha facilitado la comunicación e intercambio de información | | | | |
| Las relaciones con los compañeros han sido satisfactorias | | | | |
| Me gustaría que el programa continuase | | | | |

Comentarios y Sugerencias:

