UNIVERSIDAD LA SALLE

CARRERA DE PSICOLOGÍA



TESIS DE GRADO

"ARTETERAPIA DIRIGIDA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMO MECANISMO DE EXPRESIÓN DEL LENGUAJE"

Por:

Déborah Soledad García Grégori

Profesor Guía:

Dr. Marcelo de la Quintana

Proyecto de Tesis de Grado presentado al Departamento de Psicología como requisito para la obtención del Título de:

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

La Paz- Bolivia

2014

A mi padre, por todo el esfuerzo y trabajo
que emplea día a día en ser cada vez mejor
y brindarme todo el amor, la comprensión,
y la confianza en cada momento de mi vida.

"...Cada una de estas piezas únicas, sabe para sí, que existe su igual.
Otra que también siendo única, tiene su misma esencia
Y como tal, forman parte de un todo.
Independientemente del destino individual que elijamos
Y la vida nos depare, siempre tendremos un destino común.
Aquel, donde siempre seremos uno, por nuestra misma esencia."

Agradecimientos

En primer lugar, agradezco a mi padre, Rubén García, por apoyarme en todo momento y por haberme dado la oportunidad de estudiar aquello que tanto amo. Por haberme tenido paciencia y motivarme a seguir adelante siempre. Por ser mi modelo a seguir en todo momento, llenar mi vida de amor y darme su apoyo incondicional cuando más lo necesito.

Mi agradecimiento a la Universidad de La Salle, por capacitarme, alentarme y permitirme la realización de esta Tesis, la cual espero que sirva como humilde contribución para el tratamiento de los pacientes afectados por el mal de la esquizofrenia.

Mi eterna gratitud también para el Dr. Rodolfo López, por facilitarme el acceso al grupo de pacientes participantes de los diferentes talleres y entrevistas, cuyo tratamiento y alivio son el motivo principal del presente trabajo; así como también a todo el personal del Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios", involucrado en las diferentes prácticas profesionales realizadas a través de mi carrera, las cuales sentaron las bases para el mismo.

De igual manera, mi especial agradecimiento para el Panel de Jueces Expertos, quienes durante las etapas de validación del instrumento correspondiente a mi Tesis, han prestado en todo momento su invalorable colaboración con sus ideas, aportes y correcciones; impulsándome siempre a ir un poco más allá de lo estrictamente necesario para la realización de la misma.

Quiero dar gracias a la Lic. Elizabeth Salazar y a la Lic. Ximena Borda, por su valiosa colaboración durante todo el proceso y los consejos que tanto me sirvieron. También agradecer al Lic. Erik Fernández por todo el apoyo y colaboración que me prestó, pero sobre todo por su tiempo y por haberme ayudado enormemente cuando lo más lo necesité.

Finalmente, una mención muy especial para mi Tutor el Dr. Marcelo de la Quintana, quien desde el comienzo creyó en el valor del tema desarrollado en esta Tesis. Su guía me animó y expandió mi horizonte investigativo; su amplia experiencia en temas salud mental, contribuyó a orientarme acerca de lo realmente relevante a nivel de práctica profesional y su reconocida trayectoria, me ayudó a recorrer exitosamente el arduo camino transitado durante la realización de este trabajo de Tesis; por todo esto y por sus sabios consejos, muchísimas gracias.

INDICE GENERAL

Página

Dedicatoria.....i

Agradecimientos.....ii

Índice General.....iii

Índice de Contenido.....iii

Índice de Tablas.....vii

Índice de Figuras.....x

Índice de Anexos.....xii

INDICE DE CONTENIDO

Página

CAPITULO I

INTRODUCCION**.....1**

1.1 Introducción.....1

1.2 Planteamiento del Problema.....2

1.3 Pregunta de Investigación.....10

1.4 Objetivos.....11

1.4.1 Objetivo General.....11

1.4.2 Objetivos Específicos.....11

1.5 Justificación.....11

1.5.1 Justificación Social.....11

1.5.2 Justificación Práctica.....12

1.5.3 Justificación Científica.....12

1.6 Hipótesis.....12

1.6.1 Hipótesis de Investigacion.....12

1.6.2 Hipótesis Nula.....12

1.6.2 Hipótesis Nula 12
1.7 Delimitación del Tema 13
1. 7 .1 Delimitación Temporal. 13
1. 7.2 Delimitación Espacial 13
1.7.3 Delimitación Temática 13

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO 14

2.1 Salud Mental 14
2.2 Esquizofrenia 15
2.2.1 Definición 15
2.2.2 Diagnóstico 17
2.2.2.1 Criterios para el Diagnóstico 17
2.2.3 Clasificación 19
2.2.3.1 Tipo Paranoide 19
2.2.3.2 Tipo Desorganizado 19
2.2.3.3 Tipo Catatónico 20
2.2.3.4 Tipo Indiferenciado 20
2.2.3.5 Tipo Residual 20
2.2.4 Factores Influyentes en la enfermedad 21
2.2.5 Síntomas 22
2.2.6 Tipología de Crow 26
2.2.7 Principales síntomas asociados al Lenguaje 27
2.2.8 Causas 30
2.2.9 Tratamiento 31
2.3 Arte y Cerebro 32
2.4 Arteterapia 34
2.4.1 Definicion 35
2.4.2 Genialidad, Locura y Creatividad 39
2.4.3 Características del Arteterapia 41

2.4.4 Objetivos 42
2.4.5 Ámbito de aplicación 43
2.4.6 Referencias de otras investigaciones 44
2.5 Marco Contextual 46
2.5.1 Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios" 46

CAPITULO III
MARCO METODOLÓGICO 48

3.1. Tipo de Investigación 48
3.1.1. Descriptiva 48
3.1.2 Aplicada 48
3.2 Enfoque de Investigación 49
3.3 Diseño de Investigación 49
3.4 Método 51
3.5 Sujetos vinculados a la Investigación 51
3.6 Técnicas de recolección 52
3.6.1 Observación no estructurada 52
3.6.2 Instrumento 53
3.6.2.1 Propiedades Psicométricas 56
3.6.2.2 Validez y Confiabilidad 56
3.6.2.2.1 Fiabilidad 57
3.6.2.2.2 Validez 58
3.7 Variables 58
3.7.1 Definición de Variables 58
3.7.2 Definición Conceptual de Variables 59
3.7.3 Definición Operacional de Variables 59
3.8 Procedimiento 62
3.9 Descripción del programa 62
3.9.1 Forma de aplicación 63
3.9.2 Desarrollo del programa 63

3.10 Procedimiento 66
Sesión 1 66
Sesión 2 67
Sesión 3 67
Sesión 4 67
Sesión 5 68
Sesión 6 69
Sesión 7 69
Sesión 8 70
Sesión 9 70
Sesión 10 71

CAPTULO IV

RESULTADOS 72

4.1 Resultados de la Pre-Prueba obtenidos por el Grupo Experimental y por el Grupo Control en cada escala del PANSS 72
4.2 Resultados de la Post-Prueba obtenidos por el Grupo Experimental y por el Grupo Control en cada escala del PANSS 77
4.3 Comparación Pre-Prueba/ Post-Prueba por Sujeto 81
4.3.1 Resultados Grupo Experimental 81
4.3.2 Resultados Grupo Control 84
4.4 Comparación de resultados obtenidos por el Grupo Experimental y Grupo Control en la Pre-Prueba/ Post-Prueba de la escala PANSS-N 88
4.5 Prueba Estadística 88
4.5.1 Estadística no paramétrica 88
4.5.1.1 Ventajas de la estadística no paramétrica 89
4.5.2 Prueba de cambio de McNemár 89
4.6 Discusión 91
4.6.1 Descripción 92
4.6.2 Cuadros de Apoyo 92

SUJETO EXPERIMENTAL 1.....93
SUJETO EXPERIMENTAL 2.....103
SUJETO EXPERIMENTAL 3.....113
SUJETO EXPERIMENTAL 4.....123
SUJETO EXPERIMENTAL 5.....132

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....142

5.1 Conclusiones.....142
5.2 Recomendaciones.....146

Referencias Bibliográficas.....147

INDICE DE TABLAS

Página

Tabla 1. Síntomas de primer orden de Schneider.....25

Tabla 2. Tipología de Crow.....26

Tabla 3. Sistema de Corrección del PANSS.....55

Tabla 4. Escala Categorial del PANSS.....55

Tabla 5. Operacionalización de la variable independiente (programa).....59

Tabla 6. Operacionalización de la variable dependiente (Expresión del lenguaje).....60

Tabla 7. Descripción del Programa.....63

Tabla 8. Desarrollo del Programa.....64

Tabla 9. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-P.....73

Tabla 10. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-P.....73

Tabla 11. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-N.....74

Tabla 12. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-N.....74

Tabla 13. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-C.....75

Tabla 14. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-C.....75

Tabla 15. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-PG.....76

Tabla 16. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-PG.....76

Tabla 17. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-P.....77

Tabla 18. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Post-Prueba de la Escala PANSS-P.....77

Tabla 19. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-N.....78

Tabla 20. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Post-Prueba de la Escala PANSS-N.....78

Tabla 21. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-C.....79

Tabla 22. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Post-Prueba de la Escala PANSS-C.....79

Tabla 23. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-PG.....80

Tabla 24. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-PG.....80

Tabla 25. Comparación de Resultados Pre-Prueba/ Post-Prueba según la prueba de McNemár.....90

Tabla 26. Prueba de McNemár.....90

INDICE DE FIGURAS

Página

Figura 1. Distribución Porcentual de la Morbilidad Hospitalaria en Hospitales Psiquiátricos y de 3er nivel Especializados.....6

Figura 2. Percentiles de la escala PANSS-P obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Pre-Prueba.....73

Figura 3. Percentiles de la escala PANSS-N obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Pre-Prueba.....74

Figura 4. Percentiles de la escala PANSS-C obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Pre-Prueba.....75

Figura 5. Percentiles de la escala PANSS-PG obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Pre-Prueba.....76

Figura 6. Percentiles de la escala PANSS-P obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Post-Prueba.....77

Figura 7. Percentiles de la escala PANSS-N obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Post-Prueba.....78

Figura 8. Percentiles de la escala PANSS-C obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Post-Prueba.....79

Figura 9. Percentiles de la escala PANSS-PG obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Post-Prueba.....80

Figura 10. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 1 en la Pre-Prueba.....81

Figura 11. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 2 en la Pre-Prueba.....82

Figura 12. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 3 en la Pre-Prueba.....83

Figura 13. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 4 en la Pre-Prueba.....83

Figura 14. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 5 en la Pre-Prueba.....84

Figura 15. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 6 en la Post-Prueba.....84

Figura 16. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 7 en la Post-Prueba.....85

Figura 17. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 8 en la Post-Prueba.....85

Figura 18. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 9 en la Post-Prueba.....86

Figura 19. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto 10 en la Post-Prueba.....86

Figura 20. Comparación de resultados de la escala PANSS-N Pre-Prueba/ Post-Prueba del Grupo Experimental y Grupo Control....87

INDICE DE ANEXOS

Página

Anexo 1. Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS).....156

Anexo 2. Organización de la entrevista de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos PANSS.....184

Anexo 3. Guía de preguntas y secuencia recomendada para la entrevista PANSS con el fin de explorar las principales áreas de la psicopatología.....185

Anexo 4. Hoja de puntuación del PANSS.....192

Anexo 5. Tabla de conversión de las puntuaciones brutas de la escala PANSS en percentiles.....195

Anexo 6. Solicitud de aplicación de investigación en el establecimiento.....196

Anexo 7. Cartas de aceptación para formar parte del panel de jueces expertos y consentimiento de validación del Instrumento.....197

Anexo 8. Consentimiento Informado.....204

Anexo 9. Guía de preguntas para la Sesión de Dibujo.....205

Anexo 10. Carta de Constancia de la Investigación realizada y Consentimiento del uso del nombre de la Institución en la Tesis.....206

Anexo 11. Tabla de Distribución Chi Cuadrado.....207

Anexo 12. Palabras de un participante del Programa de Arteterapia.....208

CAPITULO I
INTRODUCCION

1.1 Introducción

En los primeros tiempos de la cultura griega, la explicación demonológica dominó el campo de las concepciones sobre la locura. Dentro de esta tradición, la locura era el resultado de la posesión de espíritus malignos. Esta teoría fue evolucionando hasta nuestros días. Alcmeón de Crotona (siglo VI a.C) ya consideraba al cerebro como la sede de la razón y el alma, y postulaba que la salud era la armonía entre los contrarios. Posteriormente Empédocles (490-430 a.C) sugirió la teoría humoral sobre la base de los cuatro elementos, fuego, tierra, agua y aire, postulándose para cada elemento un humor orgánico correspondiente: sangre en el corazón, flema en el cerebro, bilis amarilla en el hígado y bilis negra en el bazo. Se decía que la enfermedad se producía por un desequilibrio entre estos humores y el tratamiento requería la administración de drogas con cualidades opuestas al humor que se suponía que estaba en desequilibrio. (Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. 1995).

Asclepíades (siglo a.C) fue el primero en distinguir las ilusiones de las alucinaciones y dividió las enfermedades en agudas y crónicas.

Hoy en día, la Organización Mundial de la Salud define a la salud como: "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". (Organización Mundial de la Salud, 1946).

En sus orígenes las personas eran recluidas en instituciones donde no recibían tratamiento y cuando presentaban conductas trastornadas eran encadenadas. Fue Philippe Pinel quien en la "primera revolución psiquiátrica" hizo retirar las cadenas a estas personas y comenzó a tratarlas humanamente.

Un hospital psiquiátrico es un establecimiento de salud, dedicado al diagnóstico y tratamiento de patologías psiquiátricas o enfermedades mentales que cuenta con alojamiento a las personas en sus instalaciones.

En la actualidad cuentan con la mayoría de los servicios médicos de un hospital general además de servicios profesionales específicos para tratar enfermedades mentales: psicólogos, médicos psiquiatras, trabajadores sociales, enfermeros especializados, laboratorios especializados, neurología, medicina interna, farmacia, etc.

Desde la perspectiva de Goffman los hospitales psiquiátricos están dentro del concepto de Instituciones Totales, entendidas éstas como"lugar de residencia o 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". (Goffman, E. 1970).

De esta manera se entiende al hospital psiquiátrico como una institución total en las que sus miembros necesitan además del tratamiento médico apropiado, apoyo psicológico y emocional.

1.2 Planteamiento del Problema

La salud mental abarca una amplia gama de actividades relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. Se reconoce a la Salud Mental como: "el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social". (Organización Mundial de la Salud. 2006).

Según la "Guía de estilo" de la Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales (FEAFES) Un trastorno o enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. (Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales FEAFES, 2008).

El Informe Mundial de la Salud de 2001 recopila información sobre la situación de salud mental en el mundo y afirma que más del 25% de la población padece, en algún momento de su vida, algún trastorno mental o conductual, afectando en mayor o menor medida a la dinámica de su entorno familiar, social o comunitario. Se estima que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de todas las patologías, un porcentaje superior al del cáncer y los trastornos cardiovasculares; además suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. (Organización Mundial de la Salud, 2001b).

Alrededor de 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardiacas y respiratorias. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

La esquizofrenia es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes cuya incidencia, según la Organización Mundial de la Salud, está estimada en un 1% de la población, afectando por igual a hombres y mujeres en todo el mundo, sin diferencias socioeconómicas o culturales. (Organización Mundial de la salud, 2001b).

La esquizofrenia es un desorden crónico, paradigma del trastorno mental severo, término que engloba a los trastornos mentales graves, de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.

Según datos de la Asociación Mundial de Psiquiatría el 83% de la población general desconocería qué es la esquizofrenia. (Asociación Mundial de Psiquiatría, 2007).

Entre el 70 y el 80% de las personas con enfermedad mental están en situación laboral de desempleo. (Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales FEAFES, 2008).

La presencia de los trastornos mentales en el mundo es inmemorial. En la "Historia de la Locura en la Época Clásica", Michael Foucault ubica en el tiempo y las condiciones históricas de Europa en el siglo XVIII, la concepción de la enfermedad mental, que en alguna medida aún pervive en algunos sistemas públicos de salud. La Hospitalización o la institucionalización del enfermo mental. "...Ahora ha atracado entre las cosas y la gente. Retenida y mantenida ya no es barca, sino hospital... Todo este mundo de desorden, perfectamente ordenado, hace por turno el Elogio de la Razón. En este "Hospital", el encierro ha desplazado al embarco..." (Foucault, M. 1986).

En Bolivia la primera medida de protección a los enfermos mentales se encuentra en el artículo 44 del Decreto en el reglamento de Hospitales de la República del año 1846 puesto en vigencia por el Presidente José Ballivián que dice: "los locos furiosos o dementes que vengan por las calles o campos se recogerán en los hospitales para cuidarlos siempre que no tengan deudos que puedan asistirlos. Teniéndolos se les obligará a recluirse en sus casas". (Mendizábal, G. 2002).

En 1984, pese a las dificultades que atravesaban los hospitales fue el Presidente Gregorio Pacheco quien impulsó la construcción y entrega al servicio público del primer Manicomio de país en la capital de la república, Sucre, por tal razón y como justo homenaje lleva su nombre. (Plan Nacional de Salud Mental, 2009).

Bolivia es uno de los países con más baja renta de Latinoamérica, además y el país latinoamericano con mayor presencia indígena. Ello plantea varios desafíos a la hora de establecer servicios de salud mental que cubran las necesidades de la comunidad.

Según la OMS el 70% de la población mundial tiene acceso a menos de un psiquiatra por 100.000 habitantes. En Bolivia, dentro de los establecimientos de salud mental, por cada 100, 000 habitantes existen 1.06 psiquiatras, 0.22 médicos no especializados en psiquiatría, 0.34 enfermeros, 0.46 psicólogos, 0.25 trabajadores sociales, 0.20 terapeutas ocupacionales y 1.43 de otros profesionales de la salud. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2008).

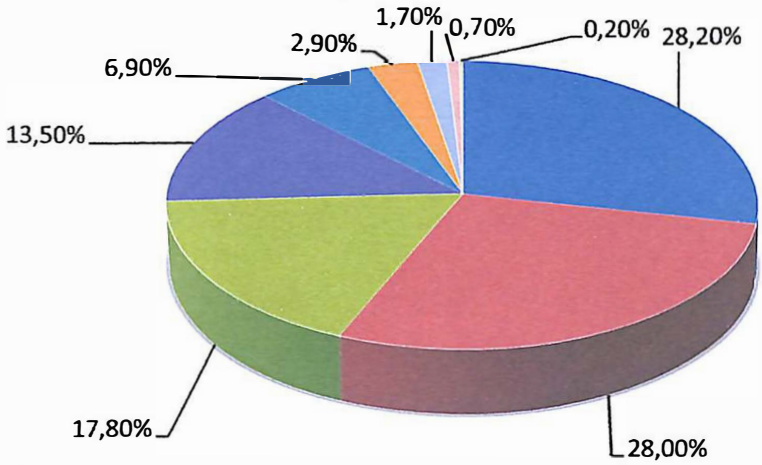
En el año 2008 la salud mental en Bolivia recibió alrededor de 0,2% del presupuesto de salud. En consulta externa, los trastornos del humor representaron 17%, mientras que en hospitales psiquiátricos la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y las ideas delirantes dieron cuenta de 29%. La atención a menores de 18 años fluctuó entre 3% y 3,5% según centro de atención. Menos de 7% del personal de atención primaria de salud recibió por lo menos dos días de capacitación en temas de salud mental. (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2008).

Un análisis de la situación epidemiológica de la salud mental en Bolivia muestra que hay escasa información sistematizada, proveniente tanto de hospitales especializados como generales y de niveles de complejidad más baja.

En base a las patologías más prevalentes a nivel mundial reportadas por la OMS y presentadas en su informe mundial 2001, se presenta a continuación una síntesis de la información epidemiológica en psiquiatría y salud mental en Bolivia.

En el año 2004 en base a datos de morbilidad hospitalaria según CIE-10, se realizó el análisis de los principales trastornos de hospitalización por unidades especializadas de salud mental de hospitales de tercer nivel, y hospitales psiquiátricos de todo el país. En la figura 1 se puede observar la distribución Porcentual de la Morbilidad Hospitalaria en Hospitales Psiquiátricos y de 3er nivel Especializados.

Figura 1. Distribucion Porcentual de la Morbilidad Hospitalaria en Hospitales Psiquiaricos y de 3er nivel Especializados



- Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes
- Trastorno mental orgánico, incluídos los sintomáticos
- Trastornos del humor
- Trastornos neuróticos. Secuandarios a situaciones estresantes y somatomorfos
- Trastornos de la personalidad y del comportamento adulto
- Retraso mental
- Epilepsia
- Anorexia nerviosa

Fuente: Diagnóstico elaborado por el Dr. Rodolfo López H., ex Responsable Nacional de Salud Mental del MSD el año 2005. (Plan Nacional de Salud Mental, 2009).

En la figura 1 se puede observar que las 3 principales patologías atendidas en Bolivia son la depresión, trastornos mentales debidos al consumo de drogas y la esquizofrenia.

La ENDSA 2008 encontró que 13% de mujeres y 8% de hombres, reportan "*escuchar voces que hablan y que otras personas no escuchan*", sin embargo este alto porcentaje pudiera estar sesgado por las manifestaciones del animismo propio de las culturas originarias vigentes en Bolivia, además que las respuestas son influenciadas por el nivel educativo. De esta forma se entiende que 11.1 % entre las mujeres sin educación versus 7.4% entre aquellas con educación superior oyeron voces, y que 6.8 % de varones versus 4.5 % con mayor educación reportaron alucinaciones. Ministerio de Salud y deportes (Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2008).

Los trastornos psicóticos, la esquizofrenia, el trastorno esquizotípico y los trastornos de ideas delirantes; como sub clasificaciones son la segunda causa de morbilidad por internación en servicios de psiquiatría. (Organización Mundial de la Salud, 1992).

En Bolivia no se cuenta con datos sobre la población marginal de enfermos mentales que deambula por las calles, y que podría representar un número adicional de personas que requieren de atención.

Dentro de los recursos económicos Bolivia destina el 0,2% del presupuesto destinado a salud mental, ello significa cerca de 600,000 Bs. anuales para el programa Nacional de Salud Mental, Prevención y Rehabilitación, de los cuales el 45 % se destina a gastos operativos. El grueso de los recursos se destina a contados asilos mentales que se ocupan de una fracción pequeña de las personas que necesitan tratamiento.

Estos recursos son más que insuficientes, y el sistema de salud mental boliviano solo sobrevive a merced de la cooperación de organizaciones religiosas y la ayuda de organizaciones no gubernamentales.

Como es sabido, la pobreza se vincula a condiciones de vida no higiénica e insegura, malnutrición, el acceso inadecuado a la atención de la salud, la falta de oportunidades educativas y laborales.

Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la malnutrición han sido reconocidos como factores asociados con los trastornos mentales comunes. De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social. (Rivera, G. 2008).

Según el Plan Nacional de Salud Mental (2009), "Los trastornos mentales en el mundo, contribuyen de manera significativa a la morbilidad general, representan un obstáculo para la recuperación de cualquier dolencia y afectan severamente a la dinámica familiar y comunitaria de los enfermos. En Bolivia la exclusión y la pobreza agravan el problema como determinantes de disfunciones psicosociales".

Hoy en día se sabe que los pacientes merecen un tratamiento adecuado sea cual sea el país en el que vivan, no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico que garantiza la calidad y funcionalidad social, además de la capacidad de adaptarse a la cotidianeidad, lo q supone el desarrollar distintas capacidades y habilidades, entre ellas las comunicativas.

El lenguaje tiene vínculos estrechos con el pensamiento y se considera como el instrumento básico de comunicación emocional y de relación en la especie humana.

El hombre es una criatura que se comunica, así lo afirma H. Dalziel Duncan (en Ferrer, 1994) cuando señala que, por su naturaleza y para satisfacer sus necesidades, el hombre ha debido comunicarse con sus semejantes utilizando señales, movimientos o signos, pues nadie puede existir en un grupo o una sociedad sin alguna forma de comunicación.

Comunicar es llegar a compartir algo de nosotros mismos. Es decir, es una cualidad racional y emocional específica del hombre que surge de la necesidad de ponerse en contacto con los demás, cuando intercambia ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas comunes. Varios autores definen este fenómeno llamado comunicación. Según Ferrer (1994), consiste en "la creación de significados compartidos a través de procesos simbólicos".

El medio por el que nos comunicamos los seres humanos se llama lenguaje, el cual se puede definir como "un conjunto de signos estructurados que dan a entender una cosa" (Morris, 1985). En sus orígenes, el hombre se comunicaba con lenguajes no verbales, mediante su cuerpo y sus órganos sensoriales: la voz, el gesto, los movimientos, los ojos. Cada forma, sonido o identificación humana constituían una señal que identificaba a un hombre con otro, relacionaban una cosa con otra, iban de un territorio a otro; por eso el lenguaje es la facultad propia del hombre para la expresión de sus ideas. (Fonseca, S. 2005).

Cuando nos fijamos en el habla de los esquizofrénicos, denotamos algunas carencias y algunos excesos, pero sobre todo lo que se ve es el deterioro del discurso y la dificultad que tienen para comunicarse de una manera coherente para el interlocutor. Su manera de expresarse es poco fluida. El lenguaje esquizofrénico es perseverativo, es ininteligible e incoherente.

En este trabajo, se va a utilizar la arteterapia como mecanismo de expresión del lenguaje en pacientes que padecen esquizofrenia. En general es complicado comunicarse con ellos ya que presentan varias dificultades para mantener una conversación coherente con aquellos que le rodean.

El principal efecto del arte es la liberación de las emociones, la expresión misma. Es una vía directa a la persona; y en esto se basa el principal elemento de la arteterapia, ya que no todas las personas tienen la capacidad para expresar y comunicar sus emociones a través del lenguaje hablado; representando el arte una magnifica herramienta de hacer catarsis.

Dados los beneficios terapéuticos que proporciona la pintura se propone realizar un programa basado en la arteterapia donde los pacientes puedan desarrollar una forma de expresión distinta. En general, estos sufren de estados en los que se impide de una expresión verbal normal, por lo cual muchas veces es más fácil para ellos expresarse a través de un dibujo que con palabras.

En el Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios", se ha podido corroborar que las personas que padecen esta enfermedad cumplen con los requisitos de diagnóstico de la misma, además de poder evidenciarse los problemas de expresión que ésta conlleva y cómo afecta en la vida de los pacientes.

El taller de pintura que se implementó, permitió a los pacientes expresarse libremente, ordenar sus pensamientos y estimular la creatividad.

Se realizó la toma de una prueba previa a la aplicación del programa y una posterior con el fin de determinar si hubo alguna variación, y también se hizo un contraste del grupo control con el grupo experimental.

Un dibujo de un paciente además de ser una forma de expresión de sus sentimientos y conocimientos, es un indicador de su estado de ánimo y de sus pensamientos, casi como una ventana por la que uno puede asomarse a su mundo. Lyotard afirma: "El hombre es en el mundo, y es en el mundo donde se conoce" (Lyotard, J.F., 1960). Con esta frase se hace referencia a "el mundo", que implica todo aquello que es exterior a nosotros, sean cosas materiales, ideas, valores, la cultura, sus diversas manifestaciones, etc. Y al sujeto pensante y reflexivo que solo puede entenderse en su relación con la realidad en la que él se desenvuelve. Es decir, que solo podemos conocer la realidad que nos circunda y en la cual estamos también nosotros presentes.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Es posible desarrollar habilidades de expresión en pacientes que padecen esquizofrenia mediante un programa de arteterapia?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Implementar un programa de arte terapia que permita mejorar la expresividad de los pacientes que padecen esquizofrenia.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de expresividad verbal en los pacientes con esquizofrenia haciendo uso de la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS).
- Elaborar y aplicar un programa de arteterapia en pacientes con esquizofrenia.
- Determinar el nivel de expresividad verbal en los pacientes con esquizofrenia tras la aplicación del programa de arte terapia.
- Analizar los resultados obtenidos en ambas aplicaciones entre los grupos control y experimental.

1.5 Justificación

1.5.1 Justificación Social

Esta investigación trata de presentar de manera clara y directa como se puede lograr una mayor expresión no verbal en pacientes que padecen esquizofrenia por medio de la pintura, y así de esta forma potenciar distintas maneras de expresión. Esta investigación está realizada para poder satisfacer las necesidades de ayuda en el ámbito psicológico de los pacientes internos del Centro de Rehabilitación y Salud mental "San Juan de Dios" de la ciudad de La Paz. Se pretende brindar apoyo a estas personas que están en situación de aislamiento y que requieren de un espacio donde poder expresarse.

1.5.2 Justificación Práctica

Por medio del presente trabajo se realizará un programa de arteterapia para mejorar la expresividad de los pacientes, ya que estos pueden percibir la realidad de forma muy diferente a como lo hacen otras personas que las rodean. Al vivir en un ambiente aislado del mundo que conocían, estas personas pueden sentirse asustadas, ansiosas, confusas, y pueden vivir recluidas. Incluso su forma de hablar puede ser muchas veces incomprensible para los demás.

Esta situación implica la necesidad de un espacio donde puedan expresarse. A través del dibujo pueden expresar sus pensamientos, sentimientos y conocimientos.

1.5.3 Justificación Científica

El aporte científico de esta investigación es el de mejorar la expresión no verbal de las personas que padecen esquizofrenia, ya que esta contribución podría ayudar a la psicología en general, y podría ser utilizada no solo en esta patología, sino en numerosas otras.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis de Investigación

Hi: Con la implementación del programa de arteterapia se mejorara la expresión del lenguaje en los pacientes que padecen esquizofrenia del Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios".

1.6.2 Hipótesis Nula

Ho: Con la implementación del programa de arteterapia no se mejorará la expresión del lenguaje en los pacientes que padecen esquizofrenia del Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios".

1.7 Delimitación del Tema

1.7.1 Delimitación Temporal:

La presente investigación se llevó a cabo en el transcurso de la gestión 2013.

1.7.2 Delimitación Espacial:

Se llevó a cabo con pacientes institucionalizados pertenecientes al Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios", ubicado en Irpavi 2, en la ciudad de La Paz, Bolivia.

1.7.3 Delimitación Temática:

Se utilizó la arteterapia como medio para fortalecer la expresión del lenguaje.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1 Salud Mental

Al referirnos al concepto de salud mental, es necesario hacer referencia al concepto de salud propiamente dicha. El término "salud", proviene del latín "salus", que significa "el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones" (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi 1968).

La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. (Organización Mundial de la Salud, 1986).

De acuerdo con el concepto de la salud como derecho humano fundamental, la Carta de Ottawa destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión holística de la salud que es primordial en la definición de la promoción de la salud.

Hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor. La OMS considera que la salud es un derecho humano fundamental y, en consecuencia, todas las personas deben tener acceso a los recursos sanitarios básicos.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo. (Ministerio de Sanidad y Consumo/Organización Mundial de la Salud, 1998).

Carrazana, citando a Vidal y Alarcón (1986), hace referencia al concepto de salud mental dentro de la psiquiatría, y considera que "es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio , de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades" (Carrazana, V. 2002).

En psicología se considera a la salud mental como un "estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales". (Davini, Gellon De Salluzi, Rossi, 1968).

La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos, se refiere a la manera como cada uno se relaciona con las actividades en general en la comunidad; comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida. La salud mental depende de: cómo uno se siente frente a sí mismo, cómo uno se siente frente a otras personas, y en qué forma uno responde a las demandas de la vida. (Carrazana, V. 2002).

2.2 Esquizofrenia

2.2.1 Definición

La esquizofrenia es un trastorno mental grave, complejo y heterogéneo, asociado a un deterioro importante tanto somático como funcional y de la calidad de vida. También puede definirse como un trastorno psicótico crónico que afecta el funcionamiento afectivo, intelectual y comportamental. Un trastorno psicótico se define por alteraciones que se denominan alucinaciones o delirios. (Sarason, I., Sarason, B. 2006).

La esquizofrenia se caracteriza por alteraciones en la percepción de la realidad y además una mutación sostenida de varios aspectos del funcionamiento psíquico del

individuo, principalmente de la conciencia de realidad, y una desorganización neuropsicológica más o menos compleja, en especial de las funciones ejecutivas, que lleva a una dificultad para mantener conductas motivadas y dirigidas a metas, y una significativa disfunción social. También se caracteriza por aislamiento, excentricidad, disminución del cuidado personal, afecto embotado, lenguaje vago o metafórico, pensamiento mágico, pérdida de la capacidad asociativa (trastorno del pensamiento), conducta extraña, estupor, retraimiento social, pasividad continuada, estereotipias, alucinaciones, convicciones delirantes, simbolismo, incoherencia, neologismos, mutismo, ecolalia, verbigeración, manerismos, ecopraxia, obediencia automática, negativismo, deterioro del aspecto, respuestas emocionales pobres, anhedonia, sensibilidad incrementada a la estimulación sensorial o emocional, pérdida de los límites del yo, variabilidad... (American Psychiatric Association, 1994).

El término esquizofrenia proviene del griego clásico, donde *schizein* significa dividir, escindir, hendir, romper' y *phrēn* significa entendimiento, razón, mente.

El concepto de esquizofrenia comenzó históricamente en 1898, y fue Emil Kraepelin (1919) quien distinguió un conjunto de trastornos caracterizados por la presencia de delirios y vacío afectivo, que aparecían a una edad relativamente temprana y que tenían, con mayor probabilidad un curso crónico y deteriorante, a los que denominó con el término "dementia praecox". Precisamente, debido a las múltiples combinaciones sintomáticas posibles, se ha sugerido que la esquizofrenia se trataría de varios trastornos y no de uno solo, y fue por esta razón que Eugen Bleuler (1857-1939) prefirió utilizar el plural *schizophrenias* para referirse a esta patología cuando acuñó el nombre en 1908. Bleuler recalcó que la anormalidad fundamental y unificadora en la esquizofrenia era la "división o fragmentación del proceso de pensamiento", considerando que el resto de los síntomas presentes eran de la misma importancia. A este grupo de síntomas los denominó "síntomas fundamentales"; mientras que otros síntomas como delirios y alucinaciones los considero "accesorios", ya que también podían aparecer en otros trastornos. (Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F., 1995).

2.2.2 Diagnóstico

El diagnóstico de la esquizofrenia se basa en la observación de signos y síntomas, en la exploración de las vivencias de una persona, y en la acumulación de antecedentes desde todas las fuentes que sean posibles: familia, amigos, vecinos, trabajo, etc. También existen pruebas de laboratorio y exámenes de imágenes que ayuden a establecer el diagnóstico, que sirven para descartar otras patologías.
Actualmente existen dos manuales de criterios diagnósticos que tienen por objeto permitir un registro estadístico más o menos confiable y mejorar la comunicación entre profesionales. Estos manuales son el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la *Clasificación internacional de las enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las versiones más recientes son CIE-10 y DSM-IV-TR.

2.2.2.1 Criterios para el Diagnóstico

A continuación se presentan los Criterios para el diagnóstico de Esquizofrenia F.20 (American Psychiatric Association, 1994):

A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de 1 mes:

(1) Ideas delirantes
(2) Alucinaciones
(3)Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
(4) Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
(5) Síntomas negativos, por ejemplo aplanamiento afectivo, alogia o abulia

Nota: solo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. Disfunción sociolaboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno.

C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos un 1 mes de síntomas que cumplan el criterio A y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales.

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de alguna enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes.

2.2.3 Clasificación

Los subtipos de la esquizofrenia están definidos por la sintomatología predominante en el momento de la evaluación. El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y, por tanto, puede cambiar con el tiempo.

En la actualidad el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV contiene cinco subtipos de esquizofrenia. Éstos son:

2.2.3.1 Tipo Paranoide

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes.

B. No hay lenguaje desorganizado, ni comportamiento catatónico o desorganizado, ni afectividad aplanada o inapropiada.

2.2.3.2 Tipo Desorganizado

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:

A. Predominan:

(1) lenguaje desorganizado
(2) comportamiento desorganizado
(3) afectividad aplanada o inapropiada

B. no se cumplen los criterios para el tipo catatónico

2.2.3.3 Tipo Catatónico

Un tipo de esquizofrenia en el que el cuadro clínico está dominado por al menos dos de los siguientes síntomas:

(1) Inmovilidad motora manifestada por catalepsia (incluida la flexibilidad cérea)
(2) Actividad motora excesiva (que aparentemente carece de propósito y no está influida por estímulos externos)
(3) Negativismo extremo
(4) Peculiaridades del movimiento voluntario manifestadas por la adopción de posturas extrañas, movimientos estereotipados, manerismos marcados o muescas llamativas.
(5) ecolalia o ecopraxia

2.2.3.4 Tipo Indiferenciado

Un tipo de esquizofrenia en que están presentes los síntomas del Criterio A, pero que no cumple los criterios para el tipo paranoide, desorganizado o catatónico.

2.2.3.5 Tipo Residual

Un tipo de esquizofrenia en el que se cumplen los siguientes criterios:
A. Ausencia de ideas delirantes, alucinaciones lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
B. Hay manifestaciones continuas de la alteración, como lo indica la presencia de síntomas negativos o de dos o más síntomas de los enumerados en el criterio A para la esquizofrenia, presentes de una forma atenuada.

2.2.4 Factores Influyentes en la enfermedad

Según los "Apuntes AVIFES sobre esquizofrenia" de la Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental (AVIFES), comúnmente se habla de la regla de los tres tercios:

– Un tercio de las personas diagnosticadas de esquizofrenia presenta una evolución favorable, hacia la remisión completa de los síntomas.

– Un tercio presenta una evolución estable, sucediéndose las recaídas con los periodos de estabilidad y control de los síntomas.

– Un tercio evoluciona desfavorablemente, hacia el deterioro personal y social.

La evolución de la enfermedad es muy diversa y hay varios factores que podrían influir en su curso:

2.2.4.1 Factores Predisponentes

– Genéticos: la probabilidad de padecer esquizofrenia del 1 % entre la población general se elevaría a un 10% en los casos en los que uno de los padres sufre esta enfermedad y a 40 % si los dos padres la padecen.
– Bioquímicos: se han encontrado alteraciones en los niveles de algunos neurotransmisores tales como dopamina y serotonina.
– Alteraciones durante el embarazo, complicaciones en el parto.

2.2.4.2 Factores Desencadenantes

La ocurrencia de ciertos sucesos vitales estresantes en personas vulnerables podría desencadenar la aparición de la enfermedad, tales como la pérdida de un ser querido, cambio de domicilio, entrada en la universidad, servicio militar, comienzo o pérdida de un trabajo.

2.2.4.3 Factores Mantenedores

Una vez instaurada la enfermedad, podemos identificar ciertas situaciones que tienden a empeorar o mantener los síntomas y otras que, por el contrario, tienden a disminuir el grado de vulnerabilidad.

2.2.4.4 Factores Protectores

- Cumplimiento de la Medicación
- Existencia de apoyos familiares y sociales
- Mantenimiento de una ocupación
- Reconocimiento de síntomas
- Vida saludable (estabilidad de horarios de sueño, no consumo de tóxicos, etc.)

2.2.4.5 Factores de Riesgo

- Acontecimientos vitales
- Abandono Medicación
- Carga emocional familiar excesiva: sobreprotección, crítica, desvalorización.
- Consumo alcohol y drogas

2.2.5 Síntomas

Kraepelin y Bleuler planteaba varias formas de entender los distintos síntomas de la esquizofrenia. Estas diferencias en cuanto a los síntomas fueron en parte señaladas años después por Jackson, quien diferenció los síntomas de la esquizofrenia en dos tipos: síntomas positivos y síntomas negativos. Posteriormente, en 1956, Schneider definiría lo que según el serían los síntomas de primer rango de la enfermedad. (Bennasar, Roca M. 2010 p.129).

2.2.5.1 Síntomas positivos

Los síntomas positivos de la esquizofrenia son síntomas que se encuentran en exceso o que son distorsiones de las funciones normales; específicamente se suman a los pensamientos normales. Estos pueden encontrarse en las diferentes fases del trastorno, desde la fase prodrómica hasta la fase psicótica grave y hasta un nivel menor en la fase residual o post-psicótica más estable. Generalmente, los síntomas positivos son el objeto del tratamiento mediante medicamentos antipsicóticos y se consideran sensibles a ellos. (Lieberman, J., Stroup. Y Perkins, D. 2010 p. 193).

Los principales síntomas positivos asociados con la esquizofrenia consisten en alucinaciones y delirios. También estos síntomas en general reciben el nombre de "psicosis". Los síntomas positivos se dividen en las siguientes categorías: Alucinaciones, ideas delirantes, comportamiento extravagante y trastornos formales del pensamiento. Dentro de las alucinaciones se encuentran las alucinaciones auditivas, voces que comentan, alucinaciones cenestésicas, alucinaciones olfatorias y visuales. Dentro de las ideas delirantes se encuentran los delirios de persecución, de culpa o de pecado, de grandeza, religioso, somático, ideas y delirio de referencia, delirio de control, lectura de pensamiento, difusión del pensamiento, inserción del pensamiento y robo del pensamiento. El comportamiento extravagante se refiere al vestido y la apariencia, al comportamiento social y sexual, al comportamiento agresivo y agitado y a la conducta repetitiva. (Jiménez, M., Ramos, F. y Sánchez, M. 1995 p.490).

2.2.5.2 Síntomas negativos

Bleuler (1950) y Kraepelin (1919) estudiaron el embotamiento emocional y la ausencia de una manifestación emocional externa en las características fundamentales de la esquizofrenia. Ambos rasgos se consideran ejemplos de los síntomas negativos. Kraepelin postuló que la sintomatología variada y diferente de la esquizofrenia podía dividirse en "dos grupos principales de trastornos que caracterizan la enfermedad": uno de ellos marcado por una pérdida de la unidad

interior de las actividades del intelecto, de la emoción y de la voluntad en sí mismas, y el otro marcado por una debilitación de estas actividades emocionales que forman, de manera permanente, el motivo principal de la voluntad propia. Los síntomas negativos son una característica habitual y continua en la esquizofrenia. Pueden aparecer muy pronto, durante el estadio prodrómico del trastorno, antes de la aparición del primer episodio psicótico. (Lieberman, J; Stroup, S y Perkins, D 2010. P.199).

Los síntomas negativos, o "síndrome de actividad psicomotora disminuida", consisten en la deficiencia de movimientos espontáneos, el habla y falta de interés. Se dividen en las siguientes categorías: Pobreza afectiva, alogia, abulia-apatía, anhedonia-insociabilidad y atención. Dentro de la categoría de pobreza afectiva, podemos referirnos a la expresión facial inmutable, los movimientos espontáneos disminuidos y escasez de ademanes expresivos, al escaso contacto visual, la incongruencia afectiva y ausencia de respuesta y la ausencia de inflexiones vocales. Dentro de la alogia se encuentra la pobreza del lenguaje y su contenido, los bloqueos y la latencia de respuesta incrementada. Dentro de la abulia-apatía se encuentran aspectos tales como el aseo y la higiene, la falta de persistencia en el trabajo o en la escuela y la anergia física. Dentro de la anhedonia-insociabilidad están los intereses o actividades recreativas, el interés sexual, la capacidad para sentir intimidad y proximidad y las relaciones con amigos y semejantes. Además se ve afectada la atención. (Jiménez, M., Ramos, F. y Sánchez, M. 1995. P. 490).

Ya al comienzo de la enfermedad los síntomas negativos pueden ser acusados, apareciendo primariamente como características prodrómicas. Los síntomas positivos aparecen después. Puesto que estos síntomas son especialmente sensibles al tratamiento, suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos. Se ha sugerido que los síntomas negativos pueden volverse progresivamente más acusados en algunos sujetos a lo largo del curso de la enfermedad. (American Psychiatric Association, 1994).

Schneider identificó y dividió en dos grupos once síntomas, siete caracterizados por una extraña sensación de invasión proveniente del exterior y cuatro en alucinaciones auditivas y difusión del pensamiento:

Tabla 1: Síntomas de primer orden de Schneider

	Sensación de invasión del exterior	**Alucinaciones auditivas**
Síntomas de Esquizofrenia de Kurt Schneider	**1.** Percepción delirante. **2.** Experiencias de pasividad somática **3.** Pensamientos de salida del cuerpo **4.** Inserción de los pensamientos **5.** Imposición de los sentimientos **6.** Imposición de los impulsos **7.** Imposición de los actos voluntarios	**1.** Audición del pensamiento **2.** Voces que comentan las acciones propias **3.** Voces que discuten **4.** Difusión del pensamiento

Fuente: Ortiz, Luis A., Ballesteros, Jorge C. y Carrasco Manuel M. 2006.

2.2.6 Tipología de Crow

Crow definió dos tipos de síntomas, los de tipo I producidos por un problema neuroquímico y los de tipo II producidos teóricamente por un defecto neuroestructural. Se pueden correlacionar en gran medida los síntomas de tipo I con los síntomas positivos y los síntomas tipo II con lo negativos.

Tabla 2. Tipología de Crow

Primera propuesta (Crow, 1980)	**Tipo I**	**Tipo II**
Síntomas característicos	Alucinaciones Delirios Trastornos de pensamiento (Síntomas positivos)	Aplanamiento Afectivo Pobreza del lenguaje Pérdida del impulso (Síntomas negativos)
Tipo de enfermedad en la que aparecen más frecuente	Esquizofrenia aguda	Esquizofrenia crónica Estados defectuales
Respuesta a los neurolépticos	Buena	Pobre
Pronóstico	Reversible	¿Irreversible?
Proceso patológico postulado	Incremento receptores dopaminérgicos	Cambios estructurales en el cerebro y pérdida celular
Aportaciones al modelo (Crow, 1985)	**Tipo I**	**Tipo II**
Déficit neuropsicológico	Ausente	Presente algunas veces
Movimientos involuntarios	Ausente	Presente algunas veces
Proceso patológico postulado	Incremento de receptores dopaminérgicos D2	Pérdida celular incluyendo estructuras del lóbulo temporal y giro parahipocámpico
Aportaciones al modelo (Crow, 1987)	**Tipo I**	**Tipo II**
Cambios neuropatológicos	Incremento receptores D2	Pérdida celular en el lóbulo temporal, incluyendo células del giro parahipocámpico, células de CCk y somatostatina en el hipocampo
Posibles correlatos neuroendocrinos	¿Baja respuesta gonadotrofínica?	Respuesta GH aplanada a la apomorfina

Fuente: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. 1995a.

2.2.7 Principales síntomas asociados al Lenguaje

2.2.7.1 Trastornos formales del pensamiento de tipo positivo

Consisten en un discurso fluido, pero con un contenido muy pobre. A fin de evaluar el trastorno de pensamiento, se debe permitir que el paciente hable sobre algún tema, en particular sobre lago no relacionado sobre su psicopatología, durante unos cinco a diez minutos. El entrevistador debe observar con atención en qué medida las ideas están bien conectadas entre sí. Además debe insistir en que el paciente aclare o elabore aún más las ideas que parezcan vagas o incomprensibles. También debe prestar estrecha atención a la manera como el paciente contesta a diferentes tipos de preguntas, desde las más simples a las más complicadas.

Descarrilamiento (asociaciones laxas)

Patrón del habla en el que la idea se sale del curso, pasando a otra claramente mencionada con la primera, aunque de forma lateral u oblicua, o a otra con la que no tiene ninguna relación. Las cosas pueden decirse en yuxtaposición sin relación significativa alguna, o el paciente puede cambiar de un marco de referencia a otro de forma idiosincrásica. En ocasiones puede observarse una vaga conexión entre ideas y en otras esta conexión no será aparente. Este trastorno se caracteriza por una falta de cohesión entre las frases y oraciones y por el empleo de pronombres que no tengan una referencia clara.

Tangencialidad

Consiste en contestar a una pregunta de manera oblicua, tangencial o irrelevante. La respuesta puede estar relacionada a la pregunta de alguna manera distante, o no tener ninguna relación. Se ha redefinido parcialmente el concepto de Tangencialidad de manera que se refiere solamente a respuestas a preguntas y no a trasmisiones en el habla espontánea.

Incoherencia (Esquizoafasia)

Es un patrón de discurso que en ocasiones es esencialmente incomprensible. La incoherencia se debe a varios mecanismos que a veces pueden presentarse simultáneamente. En ocasiones pueden aparecer frases coherentes en medio de oraciones que en conjunto son incoherentes. En otras, el trastorno parece estar en un nivel semántico, de manera que se sustituyen las palabras en una frase u oración, con lo que el significado aparece distorsionado o anulado. La elección de palabras parece haber sido totalmente hecha al azar o puede parecer tener alguna relación oblicua en el contexto.

Ilogicidad

Patrón del habla en el que se llega a una conclusión sin seguir una secuencia lógica. Puede tomar la forma de *non sequiturs* (no sigue ninguna secuencia), en que utilizando un mecanismo lógico el paciente asocia dos proposiciones que dan un resultado ilógico. Puede tomar la forma de inferencias falsamente inductivas, o de conclusiones finales basadas en premisas falsas sin que exista ningún pensamiento delirante verdadero.

Circunstancialidad

Patrón de discurso que es muy indirecto y que tarda mucho en llegar a la idea final. Cuando el paciente quiere explicar algo, da muchos detalles tediosos y en ocasiones hace anotaciones marginales.

Presión del habla

Es un aumento en la cantidad de habla espontanea en comparación con lo que se considera normal o lo que es usual en el medio social del paciente. El paciente habla con rapidez y es difícil interrumpirle. Algunas frases pueden quedar incompletas debido a la ansiedad por exponer una nueva idea. Algunas preguntas simples que podrían ser contestadas en unas pocas palabras, lo son de una manera muy extensa y el paciente puede continuar hablando aunque sea interrumpido.

Distraibilidad

Durante el curso de una entrevista, el paciente deja de hablar en medio de una frase o idea y cambia de tema en respuesta a un estímulo cercano, como un objeto sobre el escritorio, la ropa del entrevistador o su apariencia, etc.

Asociaciones fonéticas

Patrón del habla en que la elección de palabras parece estar determinada por los sonidos y no por sus relaciones de significado, de modo que esta alterada la inteligibilidad del habla y hay palabras redundantes. Además de las relaciones por rima, este patrón del habla puede también incluir asociaciones en doble sentido, de modo que una palabra de sonido similar inicia un nuevo pensamiento.

2.2.7.2 Principales síntomas negativos asociados al lenguaje

Pobreza de lenguaje

Es la restricción de la cantidad del lenguaje espontaneo, de manera que las respuestas a las preguntas tienden a ser breves, concretas y poco elaboradas. La respuesta puede ser monosilábica, y algunas preguntas pueden quedarse son respuesta.

Pobreza del contenido del lenguaje

Aunque las respuestas son insuficientemente largas y el lenguaje es adecuado en cantidad, conlleva poca información. El lenguaje tiende a ser vago, a menudo muy abstracto o bien demasiado concreto, repetitivo y estereotipado. (Belloch, A; Sandín, B y Ramos, F 1995).

2.2.8 Causas

No se conoce la causa precisa de la esquizofrenia. Se cree que un desequilibrio químico del cerebro es un factor hereditario necesario para el desarrollo de la esquizofrenia. Sin embargo, es probable que muchos factores genéticos, del comportamiento y ambientales contribuyan al desarrollo de esta condición de la salud mental. (The University of Chicago Medical Center).

Se considera que la esquizofrenia es una enfermedad de herencia multifactorial. Esto significa que puede deberse a varias causas. Por lo general, los factores son tanto genéticos como ambientales; la combinación de los genes de ambos padres, sumada a factores ambientales desconocidos, produce el rasgo o la condición.

Aunque la esquizofrenia afecta por igual a hombres y mujeres, los síntomas en los hombres se inician por lo general antes que en las mujeres. En la mayoría de los casos, la esquizofrenia aparece por primera vez en los hombres en los últimos años de la adolescencia, o entre los 20 y los 25 años. En las mujeres, la esquizofrenia generalmente suele aparecer por primera vez entre los 20 y los 35 años.

Los datos estadísticos indican que un niño nacido en una familia donde haya uno o más parientes esquizofrénicos tiene una probabilidad mayor de desarrollar esquizofrenia que un niño nacido en una familia en la que no haya antecedentes de esta enfermedad.

Después de que se le diagnostica la esquizofrenia a una persona, las probabilidades de que un hermano padezca de esquizofrenia son del 7 al 8 por ciento. Si uno de los padres tiene esquizofrenia, las probabilidades de que el hijo tenga el trastorno son del 10 al 15 por ciento. Los riesgos aumentan en el caso de las familias con múltiples miembros afectados por la condición. (Dignity Health: Sierra Nevada Memorial Hospital).

Karl Jaspers afirmaba que la coincidencia que se observa entre el desarrollo del proceso esquizofrénico a lo largo del tiempo y las alteraciones simultáneas en la forma de vivir y de trabajar, junto con los cambios de estilo que se operan en sus

obras, hace muy verosímil la posibilidad de que la dolencia constituya una condición determinante de sus peculiarísimas producciones. Sería un verdadero milagro que solo se debiera a pura casualidad la reiteración de casos así que pueden registrarse. (Jaspers, K 1968).

2.2.9 Tratamiento

El desarrollo de investigaciones en las últimas décadas en el ámbito del tratamiento de los trastornos psicóticos ha puesto ampliamente de manifiesto la efectividad y complementariedad de las intervenciones psicofarmacológicas y psicosociales. Diversas revisiones han señalado, además de esta complementariedad, que se produce una potenciación de los resultados cuando se integran los tratamientos psicosociales y psicofarmacológicos en los planes de atención a pacientes psicóticos. (Bennasar, Roca M. 2010 p.821).

Todo plan de tratamiento tiene como finalidad la curación de la enfermedad que se trata; dadas las características de la esquizofrenia y el estado de los recursos terapéuticos y rehabilitadores con los que se cuenta en la actualidad, este objetivo, en la mayoría de los casos no será realista, y debemos plantearnos una disminución de la morbimortalidad de las personas que presentan esquizofrenia. Los objetivos generales de un plan de tratamiento en un paciente con esquizofrenia incluyen la disminución o remisión de los episodios psicóticos agudos, con una reducción de su frecuencia, gravedad y consecuencias psicosociales, así como una maximización del funcionamiento social entre los episodios. (Bennasar, Roca M. 2010 p.825).

Dado que es un trastorno complejo, es recomendable que el tratamiento sea multifacético. Existe un cierto consenso en el uso simultáneo de fármacos antipsicóticos, y de terapias psicológicas y un enfoque psicosocial de redes asistenciales, hogares y talleres protegidos, con el fin de evitar las hospitalizaciones prolongadas.

La rehabilitación psicosocial incluye varias intervenciones no médicas para las personas con esquizofrenia y enfatizan la capacitación social y vocacional para

ayudar a los pacientes recién diagnosticados o que han estado enfermos por un tiempo a superar dificultades en las áreas cognitivas o de habilidades sociales afectadas. (Touriño, R., Inglott, R., Baena, E. y Fernández, J. 2004).

Una de las razones principales de complementar el tratamiento farmacológico con tratamientos psicoterapéuticos es que los primeros solo tienen mayor efectividad sobre los síntomas positivos pero poco ante los negativos no logrando una mejoría en la integración social del paciente. Estos métodos son muy útiles para los pacientes tratados en la comunidad, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar mejor la vida en comunidad a los pacientes que han sido dados de alta del hospital, lo que conlleva a disminuir las recaídas, adquirir habilidades, disminuir los síntomas negativos e incrementar el ajuste social. (Vallejo, J. 2006).

2.3 Arte y Cerebro

Según estudios realizados, el arte influye de manera positiva en el sistema nervioso autónomo, en el equilibrio hormonal y en los neurotransmisores cerebrales. Cuando una persona hace arte se produce un cambio en la actitud, el estado emocional y la percepción, consiguiendo pasar desde un estado de estrés o malestar a otro de relajación y creatividad. (Zenil, B y Alvarado, S. 2007).

Se ha observado que personas altamente creativas muestran una mayor activación bilateral del área prefrontal mientras que en las de baja creatividad activan preferentemente la corteza prefrontal izquierda, del mismo modo que la actividad creativa produce un aumento del flujo en las circunvoluciones postcentral y precentral derechas, frontal media derecha e izquierda, parietal inferior derecha y parahipocámpica derecha. En base a estos hallazgos podríamos pensar que existe una aportación hemisférica diferente en el arte creativo y que es el hemisferio derecho el que se activa durante las actividades creativas lo que concuerda con las investigaciones realizadas por el psicólogo americano Roger Sperry, quien ganó el premio Nobel de fisiología y medicina en 1981, y quién, en su trabajo el "Cerebro dividido", dio a conocer el resultado de sus investigaciones sobre las funciones

cerebrales, describiendo una independencia funcional entre los hemisferios cerebrales que funcionarían con dos personalidades diferentes que, en ocasiones, tienen comportamientos antagónicos. Concibió para el hemisferio derecho una mayor capacidad espacial mostrándose divergente, emocional, intuitivo, subjetivo, capaz de analizar a un tiempo, el gesto, la postura, la mirada, la mímica y la entonación. Y, en cambio al izquierdo le atribuyó la responsabilidad del análisis del sonido y las secuencias simbólicas del lenguaje, el ser analítico, proposicional, lineal, racional, lógico y objetivo. Mientras que el hemisferio derecho tendría las funciones perceptivas del espacio, del color, de la dimensión, de la imaginación, de la globalidad de la estructura, del ritmo y de las ensoñaciones diurnas, el hemisferio izquierdo se muestra preponderante en las habilidades verbales, en la lógica, en lo secuencial, en lo lineal, en lo numérico, en lo convergente, en lo simbólico y en lo analítico. (Rosselli Quijano, A. 2002).

Estos hallazgos indican que los hemisferios cerebrales aunque mantienen una actividad conjunta se especializan para determinadas funciones, correspondiendo al hemisferio derecho la capacidad artística aunque esta capacidad pueda estar controlada o inhibida por el hemisferio izquierdo. (López S. 2010).

Estudios sobre el funcionamiento del cerebro revelan que los hemisferios cerebrales procesan la información de diferentes maneras. Cada uno está especializado en determinadas funciones.

En el hemisferio izquierdo se localizan (en la mayoría de las personas) las funciones del leguaje escrito y hablado y de las capacidades relacionadas, el razonamiento, el pensamiento abstracto, las habilidades numéricas y científicas.

El hemisferio derecho interviene en la regulación del pensamiento concreto y sintético, la percepción espacial, las capacidades artísticas, la imaginación, las emociones. Es decir, con el hemisferio izquierdo analizamos, abstraemos, planteamos procedimientos racionales. Con el hemisferio derecho creamos, usamos la intuición entendemos las metáforas, soñamos. Estas distintas modalidades son complementarias. (Cilento, E. 2001).

Dibujar y realizar nuevas composiciones constituyen en gran parte actividades del hemisferio derecho, por lo tanto es muy importante estimularlo y ejercitar sus posibilidades, a fin de lograr el equilibrio del trabajo del cerebro y un uso eficiente de todas sus capacidades. (Cilento, E. 2001).

2.4 Arteterapia

La palabra arte proviene de un antiguo vocablo de origen pre-helénico "artao", que significa "algo que une"; esto hace referencia a que el arte une al creador con su obra, con sí mismo y con todo aquel que accede a la misma. El arte podría comprenderse como un modo de comunicación, ya que en él se encuentra la historia, la religión, la política, la economía y muchas otras manifestaciones de la cultura. Puede decirse que el arte es un testigo que da cuenta de las distintas épocas de la vida del hombre.

El arte es un componente más de las culturas, muchas veces se suele relacionar el arte con los componentes sociales, lo cual nos permite analizar diversos momentos históricos y problemas de la sociedad en la que se encuentre integrado su creador.

El arte considerado como terapia comenzó casi por azar. El artista Adrian Hill cuando pasaba su convalecencia en un sanatorio durante la Segunda Guerra Mundial, empezó a dedicarse a sus propias pinturas para liberarse del aburrimiento embrutecedor y compartió con otros pacientes los reconfortantes efectos de la actividad creativa. Algunos de estos pacientes empezaron a dibujar terribles escenas de guerra o utilizaron sus pinturas como excusa para hablar de su sufrimiento y de sus temores de enfermedad y de muerte. Hill escribió dos libros sobre su experiencia: Painting out Illness (Pintar la enfermedad) y Art versus Illness (Arte contra enfermedad). (Vassiliadou, M. 2001).

El arte supone una forma fácil y cómoda de buscar en el interior de nuestra psique, sacar los conflictos al exterior y manejarlos de un modo indirecto, transformándolos de manera creativa.

Se ha señalado que a través de la actividad artística una persona puede expresar simbólicamente determinados conflictos, sentimientos o acontecimientos traumáticos del pasado que con frecuencia no son fácilmente comunicables o resulta doloroso realizarlo con palabras. En otras ocasiones quizás no se sabe que decir porque el malestar puede ser difuso, insatisfacción, angustia, incertidumbre, temor o una vivencia confusa que no puede ser comunicada verbalmente. Esto puede ocurrir por muchas razones, algunas son muy obvias pero una menos evidente, y que no siempre se señala y es importante, es porque el lenguaje verbal necesita un cierto orden, una linealidad por razones cognitivas y fisiológicas. La experiencia artística puede en cambio ir expresándose, en proceso, en un tiempo que tiene otra dimensión, al mismo tiempo la experiencia artística presenta un carácter holístico y fenomenológico, aparece lo que aparece y eso es lo que puede cobrar sentido en cada momento. (Coll, F; Barragán, J. 2006).

2.4.1 Definición

La Asociación Americana de Terapia Artística (AATA), define a la arteterapia como "una profesión que utiliza el arte, las imágenes, el proceso creativo y las respuestas del paciente ante sus creaciones como reflejos del desarrollo, habilidades, personalidad, intereses, preocupaciones y conflictos del individuo". Su práctica se basa en el conocimiento de las técnicas psicológicas y se trata de un modo de "reconciliar problemas emocionales, fomentar la autoconciencia, desarrollar habilidades sociales, manejar conductas, resolver problemas, reducir la ansiedad, ayudar a orientarse hacia la realidad e incrementar la autoestima".

Según la Asociación Argentina de Arte terapia, esta es una disciplina del campo de la psicoterapia en la que se emplean recursos de las artes con objetivos terapéuticos. Ella resulta de la convergencia de las teorías de la Psicología y las técnicas y conocimientos artísticos, abarcando así las especialidades de Musicoterapia, Danza/movimiento terapia, Psicodrama, Biblioterapia y Arte Terapia (plástica). El arte permite acceder a la posibilidad de nombrar y significar aquellos contenidos que no están disponibles fácilmente - por las razones que fueran - para trabajar sobre ellos, aunque si bien no todos los pacientes, por su patología particular, están en reales condiciones de verbalizar, el trabajar solamente desde el nivel de la imagen, mantiene su potencial expresivo y terapéutico. (Asociación Argentina de Arteterapia).

Para la Asociación Chilena de Arte Terapia (ACAT) "es una especialización profesional que utiliza la expresión plástica como medio de comunicación, para explorar y elaborar el mundo interno de los pacientes en el proceso psicoterapéutico, con fines educativos y de desarrollo personal." (Asociación Chilena De Arte Terapia).

Según la Asociación Americana de Arte Terapia (AATA), el Arte Terapia es una profesión de salud mental que utiliza el proceso creativo de "hacer arte" para mejorar el bienestar físico, mental y emocional de las personas de todas las edades. Se basa en la creencia que el proceso creativo involucrado en la expresión artística, ayuda a resolver conflictos y problemas, desarrolla habilidades interpersonales, a manejar el comportamiento, a reducir el estrés, a fortalecer la autoestima, mejorar la timidez y alcanzar el conocimiento de uno mismo. (American Art Therapy Association).

La definición de la British Association of Art Therapists (BAAT) es "arteterapia es el uso de materiales artísticos para la autoexpresión y la reflexión en presencia de un arteterapeuta entrenado. Es necesario que los pacientes derivados a la arteterapia no tengan experiencia previa o habilidad en el arte, el arteterapeuta no se preocupa principalmente por hacer una evaluación estética o de diagnóstico de la imagen del paciente. El objetivo general de los profesionales es permitir que un paciente experimente el cambio y crecimiento a nivel personal, mediante el uso de materiales artísticos en un ámbito seguro y facilitador". (British Association of Art Therapists, 2010).

Según Laing, "Cada producción artística original que realiza el paciente representa, en cierto grado, un aspecto de esa persona. Nadie más puede crear el mismo resultado sobre un papel o una tela... La terapia artística ofrece un área en la que el paciente puede proclamar su identidad y una atmósfera en la que puede ser el mismo... el arte brinda un medio que supone, al mismo tiempo, una comunicación con los demás y una confrontación con uno mismo". (Laing J. 1974).

Para Tessa Dalley la terapia artística es la utilización del arte y otros medios visuales en un entorno terapéutico o de tratamiento. Ella plantea una distinción entre arte, terapia y arteterapia y así comprender mejor el término. Postula que en el arte lo estético tiene una importancia primordial y que el producto final es un fin en sí mismo. La terapia por su parte, implica el propósito de provocar un cambio ante un desequilibrio humano. La actividad artística que se lleva a cabo en un entorno terapéutico, con propósitos de tratamiento y en presencia de un terapeuta, tiene unos objetivos y metas diferentes. La esencia reside en el resultado terapéutico de la actividad y el proceso de crear algo.

La misma autora, (Dalley 1987, p15), manifiesta que, "La actividad artística proporciona un medio concreto, no verbal, a través del cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consiente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico".

Existen diversas definiciones del significado del Arte Terapia, como diferentes opiniones sobre cual deberían ser sus bases. Las más importantes son las que tienen que ver con el proceso creativo. Dalley propone que cualquier enfoque teórico de la terapia artística debe tener en cuenta la noción de creatividad. Anthony Storr ofrece una definición simple y concreta que evidencia la importancia de la transformación en el proceso creativo: "La creatividad es la capacidad de hacer que exista algo nuevo para la persona" (Storr, A. 1972).

Se sabe que los contenidos difíciles se terminan expresando de alguna u otra manera, en forma de síntomas, de problemas físicos, mentales y/o de relación... en los sueños, en los actos fallidos, en esos estados de malestar difuso, etc. Y de una forma más positiva, más constructiva a través de la actividad artística y/o relación con el arteterapeuta. Pero además es que de la misma manera que ocurre con las narraciones, los cuentos, los juegos, el humor... cualquier manifestación artística nos proporciona oportunidades para afrontar esas dificultades y también otros posibles recursos. Con el arte la persona quizá puede ir expresando esas vivencias con menos dolor, con menos violencia y con franco placer. El arteterapia tiene a su favor que puede resultar un procedimiento más lúdico, y en más sintonía con el momento de la persona o del grupo. (Coll y Barragán. 2006).

La arteterapia se considera más apropiada para las personas con esquizofrenia que algunas otras formas de psicoterapia exploradora debido a que el trabajo artístico funciona como un amortiguador para reducir la intensidad en la relación entre terapeuta y paciente. A través de una imagen, un individuo puede comunicar "tanto lo racional como lo irracional y encontrar una aceptación interpersonal que no tiene que amenazar la integridad del creador" (Sarra, N. 1998). Esto puede ayudar a afirmar un sentido del yo, que puede no estar claro en la esquizofrenia y que puede verse más amenazado dentro de un contexto institucional (Sarra,N. 1998).

diversos medios artísticos: Atendiendo a su proceso creativo, a las imágenes que produce y a las preguntas y respuestas que éstas le suscitan. (FIA, Foro Iberoamericano de Arte terapia).

Drevdhal (1968 citado en Ulmann, 1968), manifiesta que la creatividad es: "la capacidad humana de producir resultados mentales de cualquier clase, nuevos en lo esencial y anteriormente desconocidos para quien los produce. Puede tratarse de obras de la imaginación o de síntesis de pensamientos que no constituyan un mero resumen de estos pensamientos. La creatividad contempla la formación de nuevos sistemas y nuevas combinaciones a partir de datos conocidos, así como la transferencia de relaciones conocidas a nuevas situaciones y la formación de nuevas correlaciones. La actividad creativa debe ser intencionada y apuntar a un objetivo. Es decir, no debe ser inútil, aunque el producto no tiene por qué estar completamente acabado ni listo para su inmediata utilización. Puede adoptar una forma artística, literaria o científica o ser de carácter técnico o metodológico".

A su vez, Morales (2007), plantea que "el proceso creador ayuda a lograr los objetivos que toda terapia persigue: provocar cambios fundamentales y permanentes ante un desequilibrio humano, en la personalidad o la forma de vivir. Así la terapia se diferencia de las "actividades diseñadas únicamente para brindar una distracción con respecto a los conflictos interiores; actividades cuyos beneficios, por lo tanto, en el mejor de los casos son momentáneos" (Ulman, E. 1961).

Una clara definición del concepto de creatividad en el ámbito de la salud, es: "La creatividad es el principal elemento integrador y de crecimiento que posibilita la efectividad de estas técnicas, y que una adecuada aplicación, de las orientaciones metodológicas posibilita la obtención de éxitos en torno al crecimiento de la salud." (De la Llera, E y Guilbert, W. 2000).

Se dice que la creatividad es una cualidad inherente al ser humano, que puede estar inhibida en personas que sufren de un trastorno mental severo, pero no inexistente, y que estas personas pueden acceder a un estado creador. (Winnicott, D. 2000).

2.4.3 Características del Arteterapia

Arteterapia es una disciplina que utiliza todos los dispositivos provenientes de las artes para recuperar y rehabilitar a individuos que padecen dificultades físicas y/o mentales. Actualmente en arteterapia existen dos corrientes principales: por un lado, los que utilizan la plástica con el objetivo de elaborar posteriormente de manera verbal el contenido plástico creado. Por otro lado, están los que se centran en lo artístico, sin requerir la posterior elaboración verbal. Los primeros generalmente son psicólogos o psiquiatras especializados en arteterapia, y los segundos, actúan supervisados en su mayoría por psicólogos o psiquiatras, y su labor es planteada como complementaria a una labor psicoterapéutica.

Independientemente de la orientación escogida, la terapia artística se caracteriza por:

- Relevancia del proceso de creación por sobre el producto artístico, ya que es en las limitaciones de este proceso en donde pueden trabajarse las dificultades para simbolizar la experiencia.

- Importancia de la creatividad, bajo el supuesto que su desarrollo favorecería el surgimiento de soluciones creativas en otras áreas de la vida.

- Énfasis en la creación espontánea, sin importar el grado de pericia plástica, con un objetivo más bien expresivo.

Existen dos maneras de hacer este tipo de terapia: libre y estructurada. La primera consiste en dejarse llevar y crear lo primero que aparezca en nuestra mente, sin saber si quiera qué es lo que estamos haciendo hasta que lo hemos terminado. En este caso lo que se hace es abrirse y dejar que afloren los contenidos de la mente. También sirve para incrementar la expresión de la creatividad. En la terapia estructurada el terapeuta le pide al paciente que haga un trabajo determinado o utilice materiales específicos, con el fin de trabajar ciertos aspectos de la problemática del individuo en cuestión o de profundizar más en ellos.

Este tipo de terapia permite utilizar el arte como un medio que remplaza a la palabra, generando un fenómeno de significación de lo que sentimos, facilitando la comunicación de nuestro mundo subjetivo y siendo el arte un lenguaje.

La creación artística es algo íntimo y personal, por tanto, la aparición de nuevos lenguajes enriquecerá el proceso de curación y el resultado. Cuantos más mecanismos de expresión existan, más posibilidades de comunicación tendremos, más fácil será para el creador recurrir en cada momento al lenguaje que necesite para llevar a cabo su obra. (Alcalá, José Ramón y Ariza, Javier. 2004).

La obra de arte pone de manifiesto en su totalidad la personalidad y espiritualidad originales del artista, denunciadas, antes por el tema y el argumento, por el modo personalísimo y único que ha evidenciado al formarla. (Eco, Umberto. 1990).

El arte puede ser concebido como un ámbito fundamental en algunos seres humanos. Al respecto, Valdivieso entiende que el arte es "el resultado de una interpretación de la realidad a partir de los instintos y fantasías que buscan nuevas formas, ritmos, sonidos o colores...que son la expresión del sentimiento estético universal". (Vidales, L. 1997).

2.4.4 Objetivos

El principal objetivo de esta terapia es trabajar con el arte como vehículo para la mejora del paciente través del arte. Su objetivo es utilizar herramientas que faciliten la expresión y comunicación de aspectos internos del individuo, cuya puesta en palabras resulta incompleta o dificultosa por diversas causas, apelando a medios no verbales. (Asociación Argentina de Arteterapia, 2009).

Dentro de los beneficios también existe la posibilidad que tiene el paciente de establecer mayor contacto consigo mismo y se establece una notable gratificación en las actividades artísticas que, "le permiten regresar a la vida, emerger como persona". (Dalley, T. 1987).

2.4.5 Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación es muy amplio, ya que el uso terapéutico del arte se puede aplicar en deficiencias sensoriales, deficiencias motoras, psíquicas, sociales, adicciones, enfermedades terminales, trastornos de alimentación e imagen corporal, e incluso en el estrés.

La arteterapia puede ser usada en terapias grupales o como complemento en tratamientos de adicción entre otros, como apoyo en procesos de duelo, conflictos personales o solos como crecimiento personal. También se puede observar efectos positivos en niños con algún déficit o diferencia física, emocional o cognitiva, en personas con algún tipo de diagnóstico, desequilibrio o dificultad.

A diferencia de otras terapias verbales, la utilización de medios visuales y no logocéntricos puede ayudar a desbloquear determinados aspectos del individuo, sean estos psíquicos, sociales, afectivos etc., utilizando la creatividad y la creación artística. En el caso de los pacientes con esquizofrenia, puede ayudar a mejorar su situación vital el potenciar estos aspectos no verbales.

El marco en el que se desarrolla la actividad artística es el espacio, no el tiempo; la imagen creada se inscribe en un espacio que es a la vez realidad y ficción, configurado como sí, capaz de acoger casi cualquier cosa, proveniente de la realidad exterior y/o del universo interno del artista. Un lugar intermedio de realidad que actúa como depositario de la mirada tanto como del gesto, donde explorar, experimentar, atreverse, construir o transformar, cuyos límites se encuentran bien asentados; que se puede abarcar, manejar y controlar, transformar, destruir, etc.; y desde el cual es posible imaginar y construir nuevas formas vinculares. (Sanz-Aranguez, B y Del Río, M. 2010).

2.4.6 Referencias de otras investigaciones

Actualmente existen ya publicaciones que concluyen la eficacia del arteterapia en el tratamiento de la enfermedad mental, y más específicamente de la esquizofrenia. El organismo londinense National Institute for Clinical Excellence (NICE) publicó en septiembre de 2008, el documento "Draft full guideline for consultation", en el que aparece un apartado completo dedicado a las terapias expresivas, y en que se recogen las investigaciones más relevantes hasta la fecha en dicha disciplina; se hace una revisión sistemática y se analiza su viabilidad y pertinencia desde el punto de vista económico y terapéutico. En este documento se concluyen una serie de recomendaciones entre las que se encuentran: su especial indicación como tratamiento de la sintomatología negativa presente en la esquizofrenia y su puesta en práctica por parte de profesionales específicamente cualificados.

En marzo de 2009, dicha Guía NICE, en su punto referido a las intervenciones psicológicas y psicosociales, recoge ya la recomendación de utilizar el arteterapia como vía de intervención específica en el tratamiento de la esquizofrenia, especialmente en lo referido a la sintomatología negativa: "considérese ofrecer arteterapia a todas las personas con esquizofrenia, en particular para aliviar los síntomas negativos. Esto puede iniciarse durante la fase aguda o más tarde, incluido en lugares de internamiento". (National Institute for Clinical Excellence NICE, 2008).

En cuanto a España, en la *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente,* (que edita el Ministerio de Sanidad y Consumo) en su edición de marzo de 2009, se menciona que: "Investigaciones más recientes permiten recomendar la aplicación de técnicas expresivas (con independencia de la modalidad utilizada: arteterapia, musicoterapia, etc.) realizada por profesionales con formación especializada acreditada en pacientes con sintomatología negativa". En este mismo documento se alude también al *Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave,6* publicado por el IMSERSO en el año 2006, y que en su apartado 9.3 referente a la rehabilitación psicosocial, se refiere a las actividades expresivas como: "un conjunto de técnicas terapéuticas desarrolladas por personal específicamente cualificado, basadas en la utilización de mecanismos de

simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) y diferenciadas en su finalidad y metodología de las actividades ocupacionales. Incluye modalidades terapéuticas como arteterapia, musicoterapia y técnicas de expresión corporal".

En cuanto a otro tipo de publicaciones recientes, dentro del ámbito psicoterapéutico, cabe destacar el volumen de la revista *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* que edita el Servicio Regional de Salud del Hospital Psiquiátrico de Madrid, y que bajo el título "Arte y Psiquiatría" recoge una panorámica del pensamiento actual acerca de las posibilidades y características del arte como medio terapéutico. La creación artística plástica conduce a un lenguaje diferente cuyo carácter condiciona el discurso. Se trata de un lenguaje no verbal en el cual el contenido se revela de forma sincrónica, de una vez; su sentido se desprende del conjunto compositivo en su totalidad, sin embargo es de naturaleza subjetiva, no persigue ninguna universalidad o veracidad unívoca. Un lenguaje que, inseparable de la técnica, de su dimensión sensorial, puede convertirse en un vehículo de internalización excepcional, por cuanto el discurso que argumenta tiene lugar desde una acción fuertemente anclada en lo corporal. (Sanz-Aranguez, B. y Del Río, M. 2010).

2.5 Marco Contextual

2.5.1 Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios"

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios es una de las mayores organizaciones internacionales de cooperación sin fin de lucro del mundo. Se trata de una institución que forma parte de la Iglesia y por tanto, distinta a las Organizaciones no Gubernamentales.

Bajo el concepto de hospitalidad, se cuida la acogida, la promoción de la salud, el acompañamiento y compromiso en las realidades más vulnerables de cada época y sociedad, desde un concepto amplio de universalidad y favoreciendo la profesionalidad.

La realidad actual se visualiza a partir de Centros Asistenciales, Hospitales, Centros de Salud, Servicios Sociales, y Comunidades de religiosos. Se trata de centros plurales con un compromiso social compartido con muchas otras Instituciones de carácter público, eclesial o privadas con las que existe una afinidad en la motivación y una visión compartida.

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios fue fundado el 17 de enero del 2006 a solicitud del Estado Plurinacional de Bolivia. Es un establecimiento de convenio entre el Gobierno y la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, cuya administración está a cargo de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia Sudamericana Meridional).

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios, está ubicado en la ciudad de La Paz, en la Zona Sur concretamente en Irpavi 2 subida a Chicani S/N. Tiene como fin prestar servicios a la población con problemas de patología psiquiátrica y que sean de escasos recursos económicos.

Los servicios que se prestan son a nivel departamental y nacional. El Centro actualmente tiene construidos 7 edificios de los cuales 5 están destinados para acoger a los enfermos cada uno con capacidad de 32 personas internadas entre varones y mujeres, 1 donde funciona el área administrativa y otro que es la cocina y la lavandería.

El Centro de Rehabilitación Mental San Juan de Dios, es consciente de la importancia de ofrecer atención especializada en salud mental a bajo costo, con una perspectiva de equidad de género y de accesibilidad a todas las posibilidades económicas.

CAPITULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de Investigación

3.1.1. Descriptiva

Esta investigación es descriptiva ya que se desea llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Además se recogerán los datos, se expondrán y se hará un resumen de la información de manera cuidadosa y luego analizaran los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

A través de estudios descriptivos los investigadores descubren nuevos significados, describen lo que existe, determinan la frecuencia con la que sucede algo y categorizan la información. Los resultados de una investigación descriptiva incluyen la descripción de conceptos, la identificación de relaciones y desarrollo de hipótesis que sirven como base futura para una investigación cuantitativa". (Burns y Grove, 2005, pág. 30). Danhke, G. (1986 citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2003) menciona que la investigación descriptiva "Busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis".

3.1.2 Aplicada

Esta investigación es de tipo aplicada ya que se emplea la arteterapia como mecanismo de expresión del lenguaje a pacientes con esquizofrenia.

El propósito principal de este tipo de investigación es someter prueba los efectos de una nueva técnica o procedimiento y/o la solución de algún tipo de problema psicológico de relevancia social.

"Este tipo de investigación denominada también activa o dinámica se encuentra ligad a el tipo de investigación básica ya que depende de sus descubrimientos y aportes teóricos. Aquí se aplica la investigación a problemas concretos, en circunstancias y características concretas. Esta forma de investigación se dirige a una utilización inmediata y no al desarrollo de teorías". (Rodríguez, 2005 pág. 23).

3.2 Enfoque de Investigación

El enfoque de esta investigación es cuantitativo, el mismo se define como "un proceso formal, objetivo, riguroso, y sistemático para generar información sobre el mundo. La investigación cuantitativa se realiza para describir nuevas situaciones, sucesos o conceptos del mundo, para estudiar la relación entre conceptos e ideas". (Burns y Grove, 2005, pág. 29).

"La investigación cuantitativa procura estudiar los fenómenos de interés en la investigación psicológica, generalmente, a través de estudios experimentales o correlaciónales, caracterizados primordialmente por medición es objetivas y análisis que involucran métodos numéricos y cuantitativos. De un modo general, este enfoque se basa en el modelo de investigación, llamado científico, de las ciencias exactas". (Giraldo, J. 2006).

La presente investigación es cuantitativa ya que emplea un registro de observación estructurada y se aplica un cuestionario a las personas que padecen esquizofrenia antes y después del Programa de Arteterapia.

3.3 Diseño de Investigación

El diseño de esta investigación es de tipo Cuasiexperimental con Preprueba-Posprueba y grupo control. Los sujetos se asignan al azar a los grupos, después a éstos se les aplica simultáneamente la preprueba; un grupo recibe el tratamiento experimental y otro no. Por último se les administra, también simultáneamente, una posprueba. (Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. 2010).

La investigación corresponde a un diseño cuasi experimental porque se manipula deliberadamente al menos un variable independiente para ver su efecto y relación con una y más variables dependientes. Los diseños Cuasi Experimentales se caracterizan por que los sujetos no se asignan al azar, sino que dichos grupos ya están formados antes del experimento, son grupos intactos. (Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P. 2010).

El diseño de esta investigación es de preprueba-posprueba con grupo control, ya que se aplicó el instrumento antes del programa de Arteterapia y después del mismo a uno de los grupos y se aplicó la preprueba y la posprueba al otro grupo sin haber recibido el tratamiento experimental.

Diagrama:

G_1	O_1	X	O_2
G_2	O_3	---	O_4

Dónde:

G_1 Grupo experimental formado por pacientes que padecen esquizofrenia

G_2 Grupo control formado por pacientes que padecen esquizofrenia

O_1 y O_3 Preprueba de la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)

X Administración del Programa de Arteterapia

-- Ausencia de tratamiento experimental

O_2 y O_4 Posprueba de la Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)

3.4 Método

El método es inductivo, ya que se parte de lo particular a lo general, es decir solo se aplicó a un grupo determinado de personas y se pretende que los resultados sean de referencia para una población .mayor. El método inductivo es un proceso en el.que, a partir del estudio de casos particulares, se obtienen conclusiones o leyes universales que explican o relacionan los fenómenos estudiados.

3.5 Sujetos vinculados a la Investigación

La población de estudio de la presente investigación está formada por 10 pacientes internos del Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios", que padecen esquizofrenia y que participaron en la investigación de manera voluntaria.

Para la selección de los sujetos se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Los sujetos deben ser personas mayores de edad, es decir que se encuentren en el rango de los 18 años de edad para adelante.
- Los sujetos deben cumplir con los criterios de diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) para esquizofrenia.
- Los sujetos deben mantenerse en la medicación durante al menos 6 meses continuos para lograr la mayor estabilidad posible durante la aplicación del programa.
- Los sujetos cuya comprensión de la realidad lo permita, deben haber dado su consentimiento informado para participar en la investigación de manera voluntaria. Para aquellos que no cumplan este criterio, debe contarse con el consentimiento explícito de sus respectivos familiares responsables.

El criterio para la selección de la muestra, fue por conveniencia. Esto se hace eligiendo los elementos que van a conformar la muestra, no de forma aleatoria, sino seleccionando aquellos que cumplan con determinadas características. En el caso de la presente investigación, la selección fue realizada por el Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios", y participaron aquellos sujetos que fueron considerados como los más accesibles y con quienes sería más fácil trabajar en el programa de Arteterapia, teniendo en cuenta que los síntomas predominantes permitan realizar el trabajo propuesto.

En el Anexo 9 se puede apreciar el consentimiento informado, el cual fue firmado por todos los participantes que aceptaron ser parte de este estudio.

Para realizar la investigación se realizó la solicitud correspondiente al director del establecimiento, la cual fue aceptada. (Anexo 6)

3.6 Técnicas de recolección

3.6.1 Observación no estructurada

En esta investigación se trabajó con la observación no estructurada, ya que se realizó de forma directa permitiendo el registro de fenómenos. La observación no estructurada emplea el procedimiento de la observación participante en la que el investigador actúa como observador y se familiariza con el lugar para posteriormente volverse participante activo.

Es importante tener en cuenta que todos los métodos de recopilación de datos están sujetos al problema del sesgo.

El sesgo de investigación, también denominado sesgo del experimentador, constituye un proceso en el cual los científicos que realizan la investigación influyen en los resultados, con el fin de representar un determinado resultado. (Shuttleworth, M. 2009).

El sesgo provoca una interpretación incorrecta de respuestas o análisis erróneos, lo que conduce a conclusiones a partir de una información que no es representativa de la población afectada. Los evaluadores pueden tener la tendencia a concentrarse en la información que confirma ideas e hipótesis preconcebidas, buscando que concuerde con datos obtenidos anteriormente y pasando por alto evidencias que no concuerdan con resultados anteriores. (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Programa de capacitación en Preparación para Desastres).*

Para tratar de evitar al máximo el sesgo en la investigación se hizo un registro donde se anotaron todos los detalles de las manifestaciones que realizaron las personas. Este registro se hizo de forma continua y en tiempo real, lo cual permitió anotar y distinguir entre la impresión de la persona y la propia.

3.6.2 Instrumento

Para esta investigación se aplicó la Escala de Síndromes Positivo y Negativo PANSS (Anexo 1) a los participantes antes y después del Programa de Arteterapia. La escala de síndromes positivo y negativo (The Positive and Negative Syndrome Scale PANSS) fue desarrollada por Kay y cols en 1987 y fue adaptada al español por Peralta y Cuesta en 1994. Es uno de los instrumentos más utilizados para valorar la sintomatología en pacientes con esquizofrenia. Está basada en la *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), muchos de cuyos ítems incluye. (Peralta V. y Cuesta M. 1994a).

La escala se evalúa mediante una entrevista semi-estructurada de 30-40 minutos de duración aproximadamente. Consta de 30 ítems (síntomas) que se puntúan de 1 (ausente) a 7 (extremo). Está formada por tres sub-escalas: la *positiva* (PANSS-P) de 7 ítems, la *negativa* (PANSS-N) también de 7 y la de *psicopatología general* (PANSS-PG) de 16 ítems. (Gil, D., Bengochea, R., Arrieta, M., Fernández, M., Alvarez, A., Sánchez, R., Prat, R. y Arce, A. 2009).

El PANSS es una entrevista en profundidad pero específicamente dirigida a situaciones concretas. Va dirigida a un individuo concreto, caracterizado y señalado previamente por haber tomado parte de la situación o experiencia definida.

De alguna manera el entrevistador conoce de antemano directa o indirectamente, esta situación con los elementos, procesos y estructura total de la misma y la ha analizado sistemáticamente. En base de este análisis es que se elabora la guía de preguntas del PANSS. (Anexo 3)

En la primera parte de la entrevista se anima al paciente a hablar de su enfermedad y sus circunstancias vitales generales. Esta parte no debe estar dirigida por el entrevistador y posteriormente se pregunta los posibles síntomas que han sido expuestos. Luego se indaga sobre posibles síntomas evaluados en la PANSS para valorar su existencia y severidad. La parte final se debe focalizar en aquellas áreas en las que el paciente se mostraba a la defensiva o se mostraba ambivalente, tratando de establecer cierta confrontación para valorar la repercusión de esta actitud en la organización conceptual del paciente.

Los ítems están bien construidos, convirtiéndolo en un instrumento relativamente fácil de utilizar.

3.6.2.1 Interpretación

El manual proporciona los criterios para evaluar cada ítem de las tres primeras escalas, se puntúan según una escala likert de 7 grados de intensidad dónde 1 siempre equivale a ausencia de síntoma y 7 representa gravedad extrema, obteniendo al final cuatro puntuaciones dimensionales; síndrome positivo, síndrome negativo, escala compuesta y psicopatología general. Las puntuaciones de las escalas positiva, negativa y psicopatología general se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que pertenecen a la escala evaluada. Las puntuaciones oscilarán, por tanto, entre 7 y 49 en las dos primeras y entre 16 y 112 en la última. Las tres primeras escalas (Escala Positiva, Escala Negativa y Escala de

Psicopatología General) indican el grado de intensidad de los síntomas. La puntuación de la cuarta escala, la compuesta, se obtiene restando la puntuación de la escala negativa a la positiva, así obtendremos un valor que oscilará entre -42 y +42; esta escala es un índice bipolar que refleja el grado de predominancia de un síndrome sobre otro. Si hay un predominio de síntomas positivos, la esquizofrenia pertenece al tipo I de Crow, y si existe predominio de síntomas negativos, será esquizofrenia tipo II de Crow. Las puntuaciones directas se transformaran en percentiles mediante una tabla (Anexo 5). Para obtener la información categorial hay dos sistemas:

Tabla 3. Sistemas de Corrección del PANSS

<table>
<tr><th>Sistema Restrictivo</th><th>Sistema Inclusivo</th></tr>
<tr><td>Subtipo positivo: si puntúan > -4 en 3 o más ítems de la escala positiva pero en menos de 3 ítems de la escala negativa.</td><td rowspan="2">Subtipo positivo: PANSS-C > 0</td></tr>
<tr><td>Subtipo negativo: presentan un patrón inverso al anterior.</td></tr>
<tr><td>Subtipo mixto: puntuaciones en grado moderado en al menos 3 ítems de ambas escalas.</td><td rowspan="2">Subtipo negativo: PANSS-C< 0</td></tr>
<tr><td>Otro tipo: no cumplen requisitos anteriores.</td></tr>
</table>

El Sistema Restrictivo utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la Escala Positiva (PANSS-P) y de la Escala Negativa (PANSS-N) para poder establecer el tipo de trastorno esquizofrénico.

Para establecer el tipo de esquizofrenia mediante el Sistema Inclusivo, se utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta, y más en concreto su valencia, de

forma que considera que el trastorno esquizofrénico es Positivo cuando la valencia en la escala compuesta es + y Negativo cuando la valencia en la escala compuesta es –.

Tabla 4. Escala Categorial del PANSS

Percentiles	Rango
95	Muy Alto
75 - 94	Alto
26 - 74	Medio
6 - 25	Bajo
5	Muy Bajo

3.6.2.1 Propiedades Psicométricas

3.6.2.2 Validez y Confiabilidad

De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (1998), la validez en términos generales, se refiere al grado que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. (pág.243).

Existen varios tipos de validez. El más directo y sencillo es la validez de contenido. Esta se refiere al grado en que una prueba representa el universo de reactivos del cual se extrajo y es útil sobre todo para evaluar la utilidad de las pruebas de aprovechamiento o pruebas que muestrean un área de conocimiento en particular. Para establecer la validez de contenido a menudo se usa la opinión de expertos antes de la aplicación para que puedan realizarse los aportes necesarios y verificar la construcción y el contenido del instrumento de la investigación.

La validez de constructo es la más importante. Es el grado en que los resultados de una prueba se relacionan con constructos psicológicos subyacentes. Esta validez vincula los componentes prácticos del puntaje de una prueba con alguna o modelo de conducta subyacente. Para establecer la validez de constructo se puede demostrar que los puntajes de la prueba que se está diseñando diferirán entre grupos de personas que poseen y carecen de ciertos rasgos o características. (Salkind, N. 1998).

La validación del instrumento fue realizada por un panel de siete jueces expertos, los cuales hicieron sugerencias y correcciones para posteriormente dar su visto bueno a la validación del instrumento: "Escala de Síndromes Positivo y Negativo" (PANSS).

Las cartas de aceptación para formar parte del panel de jueces expertos y el consentimiento de la validación del instrumento se encuentra en el Anexo 7.

3.6.2.2.1 Fiabilidad

Sus propiedades psicométricas han sido ampliamente estudiadas, presentando buena validez interobservador y de constructo, elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,73 para la escala positiva, de 0,83 para la negativa y de 0,87 para la de psicopatología general) y adecuada estabilidad test-retest. El coeficiente de correlación intraclase es de alrededor de 0,80 para las tres subescalas.

En la validación española, no obstante, se encontraron algunas pequeñas discrepancias: la PANSS-P sólo mostró una modesta consistencia interna y el ítem *"desorganización conceptual"* no se correlacionó con la puntuación total de la escala (lo que sugiere que se trata de un dudoso síntoma positivo). Hallazgos similares han sido comunicados por von Knorring y cols. (Von Knorring L, Lindströmöm E. 1992).

La escala negativa posee mayor consistencia que la positiva al ser más homogénea y estar constituida por un único factor. (Peralta V. y Cuesta M., 1994b).

3.6.2.2.2 Validez

La comparación con otras escalas como BPRS, la SAPS y la SANS arroja buenos índices de validez concurrente. Entre la subescala positiva de la PANSS y la SAPS r = 0,77 y entre la subescala negativa y la SANS r = 0,77. Por otra parte, al estudiar la correlación entre la subescala de psicopatología general y la Escala de Impresión Clínica Global el índice r era de 0,52. (Kay S.R., Opler L.A. y Lindenmayer J.P. 1987).

Resulta adecuada para valorar la respuesta al tratamiento, así como la diferente respuesta al mismo de los síntomas predominantes positivos o negativos.

El estudio de la validación española de la PANSS (Peralta, V. y Cuesta, M. 1994b) señaló una fiabilidad interobservador de 0,71 y 0,80, para las escalas positiva y negativa, respectivamente; en la escala de psicopatología general, el acuerdo fue moderado.

La consistencia interna de la escala positiva resultó moderada (0,62) y la de la escala negativa elevada (0,92); la escala de psicopatología general presentó una consistencia interna modesta (0,55) (Peralta & Cuesta, 1994b). La validez de criterio se mostró elevada en las escalas positiva (r = 0,70) y negativa (r = 0,81). (Romero, R., Poves, S. y Vucinovich, N. 2011).

3.7 Variables

3.7.1 Definición de Variables

Variable independiente: Programa de Arteterapia.

Variable dependiente: Expresión del lenguaje.

3.7.2 Definición Conceptual de Variables

VI: Programa

Un programa es una secuencia organizada de actividades destinadas a un fin en particular. Es una herramienta que permite ordenar y sistematizar información relevante para realizar un trabajo.

VD: Expresión del lenguaje

Funciones mentales específicas necesarias para producir mensajes con sentido en lenguaje oral, escrito, de signos o cualquier otra forma de lenguaje. (Organización Mundial de la Salud, 2001a).

3.7.3 Definición Operacional de Variables

Tabla 5. Operacionalización de la variable independiente (programa)

DEFINICION NOMINAL	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL		
		DIMNSIONES	INDICADORES	INSTRUMENTO
ARTETERAPIA	Es la utilización del arte y de otros medios visuales en un entorno terapéutico o de tratamiento, donde la esencia reside en el resultado terapéutico de la actividad de crear algo. (Dalley, 1987).	Componente Cognitivo	Conocimientos Percepciones Creencias Pensamientos	Dibujo dirigido bajo consigna
		Componente Afectivo	Sentimientos Emociones Sensaciones	
		Componente Conductual	Comportamiento Intenciones Disposiciones	

Tabla 6. Operacionalización de la variable dependiente (Expresión del Lenguaje)

DEFINICION NOMINAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL			
		DIMENSIONES	**INDICADORES**	**ITEM**	**INSTRUMENTO**
EXPRESIÓN DEL LENGUAJE	Funciones mentales específicas necesarias para producir mensajes con sentido en lenguaje oral, escrito, de signos o cualquier otra forma de lenguaje. (Organización Mundial de la Salud, 2001a).	Escala Positiva	- Delirios - Desorganización conceptual - Conducta alucinatoria - Excitación - Grandiosidad - Suspicacia - Hostilidad	1,2,3, 4,5,6 7	Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)
		Escala Negativa	- Embotamiento afectivo - Retracción emocional - Pobre relación - Retracción social - Dificultad de pensamiento abstracto - Falta de espontaneidad - Pensamiento estereotipado	1,2,3,4 ,5,6,7	
		Escala de Psicopatología General	- Preocupaciones somáticas - Ansiedad - Culpa - Tensión Motora - Manerismos y	1,2,3,4 ,5,6,7, 8,9,10, 11,12, 13,14,	

			posturas - Depresión - Retardo motor - Falta de colaboración - Contenido de pensamiento inusual - Desorientación - Atención Deficiente - Ausencia de Juicio - T. de la Volición - Control deficiente de impulsos - Preocupación - Evitación social activa	15,16	

3.8 Procedimiento

- Entrevista con el director de la Institución.
- Envío de carta de Solicitud de aplicación de la tesis en el Centro de Rehabilitación y Salud mental "San Juan de Dios".
- Contacto con los pacientes con los que se trabajó en la investigación.
- Entrevista Inicial. Aplicación de la Preprueba: "Escala de síndromes Positivos y Negativos" (PANSS) al Grupo Experimental y al Grupo Control.
- Aplicación del programa de arteterapia al Grupo Experimental.
- Aplicación de la Posprueba: "Escala de síndromes Positivos y Negativos" (PANSS) al Grupo Experimental y al Grupo Control.
- Análisis de resultados obtenidos.

3.9 Descripción del programa

El programa tiene la finalidad de mejorar la expresión del lenguaje en los pacientes que padecen esquizofrenia.

El mismo está compuesto por diez sesiones de una hora cada una. En cada sesión se trató un tema distinto siguiendo la secuencia programada. Cada tema desarrollado en las sesiones cuenta con su respectivo objetivo y con consignas claras para que los pacientes puedan llegar a éstos. A continuación se muestran cada una de las sesiones en la siguiente tabla.

Tabla 7. Descripción del Programa

MODALIDAD	N° DE SESION	DURACION
Pre-Prueba	X	1 Hora
Programa de Arteterapia	1	1 Hora
	2	1 Hora
	3	1 Hora
	4	1 Hora
	5	1 Hora
	6	1 Hora
	7	1 Hora
	8	1 Hora
	9	1 Hora
	10	1 Hora
Post-Prueba	X	1 Hora

3.9.1 Forma de aplicación

El programa tiene una modalidad individual. Es decir que se trabajó con todos los participantes por separado y posteriormente cada uno explicó su trabajo, respondiendo a la guía de preguntas para la sesión de dibujo.

3.9.2 Desarrollo del programa

A continuación se explica de forma detallada cada una de las sesiones que componen el programa.

Tabla 8. Desarrollo del Programa

NUMERO DE SESIÓNES	TEMA	TITULO	OBJETIVO
SESIÓN 1	Introducción	Dibujo de la figura humana DFH	Proyección propia. Autoconocimiento. Determinar impulsos, ansiedades, conflictos y características generales.
SESIÓN 2	Proyección	Donde me veo dentro de cinco años	Como se proyecta al futuro. Sueños e ideales. Comunicación. Determinar si es realista o no.
SESIÓN 3	Autoconocimiento	Mi niño interior	Conexión con el mundo interior. Conjunto de potencialidades en su estado puro. Autoconocimiento.
SESIÓN 4	Análisis de Recursos ante la Demanda	Persona bajo la lluvia	Imagen propia ante condiciones desagradables. Defensas ante situaciones

			tensas.
SESIÓN 5	Angustias	Mis miedos	Amenazas reales o supuestas. Ansiedades, angustia.
SESIÓN 6	Relaciones con el entorno	Familia	Relaciones familiares y con el entorno. Comunicación.
SESIÓN 7	Impulsos	Si fuera un animal	Impulsos. Primitividad. Expresión
SESIÓN 8	Percepción de la propia situación	Mi enfermedad	Percepción de la enfermedad. Sentimientos
SESIÓN 9	Alegrías	Aquello que me hace feliz	Emociones Positivas. Satisfacción. Alegría. Optimismo.
SESION10	Medio espontáneo de expresión	Dibujo libre	Creatividad. Medio espontáneo de Expresión. Bloqueos.

Dicho programa está compuesto por diez sesiones de una hora cada una. Todas las sesiones integran cuatro momentos, los cuales fueron preparados de la siguiente manera.

3.10 Procedimiento

- 5 min Bienvenida. Rapport.
- 30-40 min desarrollo del programa
- 10 min evaluación de la sesión
- 5 min despedida. Cierre.

Sesión 1

Tema: Introducción.

Título: Dibujo de la Figura Humana.

El dibujo de la figura humana vehiculiza especialmente aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su autoconcepto y a su imagen corporal. De esta forma el dibujo de una persona al envolver la proyección de la imagen de un cuerpo, ofrece un medio natural de expresión de las necesidades y conflictos del cuerpo de sí mismo.

Cada vez que un sujeto grafica una persona en esta proyección de su propio Yo que realiza confluyen:

- Experiencias personales y sus representaciones psíquicas.
- Imágenes de estereotipos sociales y culturales.
- Aceptación o no de su etapa vital.
- Identificación y asunción del propio sexo.
- El grado de estabilidad y dominio de sí mismo.

El dibujo de la figura humana vehiculiza a través de su dibujo aspectos de la personalidad ligados al autoconcepto, a la imagen corporal que es la idea y el sentimiento que cada persona tiene respecto a su propio cuerpo. (Centro de formación en Técnicas de Evaluación Psicológica)

Sesión 2

Tema: Proyección.

Título: Dónde me veo dentro de 5 años.

Este dibujo en particular, ofrece una visión acerca de la proyección de la persona, así como indicadores de si se encuentra en la realidad o vive en un mundo de fantasía. Es importante que se ubique en su contexto actual para poder proyectarse de manera correcta, ya que conocer el pasado nos ayuda a proyectar el futuro de una manera más certera y precisa.

Sesión 3

Tema: Autoconocimiento.

Título: Mi niño interior.

Nuestro niño interior es el conjunto de todas nuestras potencialidades en estado puro, y quien nos permite alcanzar la autorrealización en todas las áreas de nuestra vida. (Moreno, M).

Cuando una persona recuerda, valida, elabora, integra y sana las vivencias de su niñez, es cuando empieza a fundirse con su niño interior, convirtiéndose en un solo ser único, auténtico, sin máscaras y congruente desde el auto perdón, la propia aceptación y el amor por uno mismo.

Sesión 4

Tema: Análisis de Recursos ante la Demanda.

Título: Persona bajo la lluvia.

En la interpretación de este dibujo se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas, en los que la lluvia representa el elemento perturbador.

El ambiente desagradable hace propicia la aparición de defensas que suelen no mostrarse en el test de la persona. En este último, existen defensas que se mantienen ocultas, a veces tan solo insinuadas, precisamente porque la persona no tiene que hacer frente a una situación desagradable.

La persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes. (Maldonado, M. 2002).

Sesión 5

Tema: Angustias.

Título: Mis Miedos.

Una buena manera de ayudar a una persona a que exprese sus miedos, es dibujándolo. Al dibujar aquello que le da miedo lo está expresando y sacándolo de su cuerpo. Una vez que lo ha dibujado el miedo ya no está dentro de él. Al dibujarlo lo que hace, es proyectar su miedo en el dibujo.

No es feliz quien no tiene miedo, sino quien sabe cómo expresarlo y gestionarlo sin que le bloquee, o le dañe interiormente, o dañe a los demás. Esta estrategia se puede usar tantas veces como sea necesario y sin límite de edad, incluso en adultos es una herramienta útil. (García, C. Revista Digital Edúcame. Educación Emocional Infantil).

Sesión 6

Tema: Relaciones con el entorno.

Título: Dibujo de la Familia.

El Test proyectivo del dibujo de la familia permite la expresión de tendencias inconscientes de las personas, en cuanto a los sentimientos hacia los suyos y la situación en la que se coloca a sí mismo dentro de la familia. Es una herramienta complementaria a las evaluaciones familiares de nuestros pacientes, que nos permite reconocer ciertas orientaciones psicosociales de su funcionamiento y el de su entorno. (Quiroz, A.)

Es importante mencionar que la Prueba de la Familia se utiliza más para valores emocionales en la persona, que evaluar aspectos del desarrollo intelectual y de maduración. La prueba del dibujo es una de las técnicas que exploración de la afectividad que goza de mayor popularidad, en la cual se enfatiza el aspecto proyectivo. Esta prueba evalúa clínicamente como la persona percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye a sí mismo en este sistema. Además permite investigar sobre aspectos de la comunicación de la persona con otros miembros de la familia y de los miembros restantes entre sí. (Hetz, E. 2007).

Sesión 7

Tema: Impulsos.

Título: Si fuera un animal.

El objetivo principal de este dibujo es permitirle expresar libremente sus instintos y sentimientos situándose fuera de su contexto y condición social actual.

No es lo mismo un animal doméstico que uno salvaje, también el elemento al que pertenece, no es lo mismo un ave que un reptil.

Cada animal tiene una habilidad y una característica diferencial, y es a ella en las que nos apoyamos para construir nuestras inferencias.

Cirlot, E. citando a Carl Jung, establece que "el animal representa la psique no humana, lo infrahumano instintivo, así como el lado psíquico inconsciente". (Cirlot, E. 2006).

Sesión 8

Tema: Percepción de la propia situación.

Título: Percepción de la enfermedad.

Permitirles expresar su apreciación acerca del trastorno que padecen y su valoración en cuanto a la realidad de su situación.

Sesión 9

Tema: Alegrías.

Título: Algo que me haga feliz.

Al evocar aquello que nos hace feliz, se fomentan emociones positivas, tanto sobre el pasado, presente y futuro. Martín Séligman plantea esto para mejorar la calidad de vida del ser humano. Dentro de las emociones dirigidas al pasado podemos hablar de la gratitud, resignación, serenidad y satisfacción; estas emociones hacen sentirnos felices y bien con respecto a lo que hemos vivido. En cuanto a emociones dirigidas al presente podemos hablar de alegría y amor, las cuales tienen un beneficio muy grande para nuestra salud; esto ha sido comprobado en diferentes investigaciones. Emociones dirigidas al futuro como la confianza, la seguridad, la esperanza y el optimismo nos, permiten ver el futuro de forma positiva. (Seligman, M. 2003).

Séligman en su libro "El optimismo aprendido", plantea que es importante que todas las personas aprendan desde la niñez a pensar de forma adaptativa y positiva frente al futuro y a pesar de nuestras circunstancias actuales. (Seligman, M. 1991).

Sesión 10

Tema: Medio espontáneo de Expresión.

Título: Dibujo Libre.

El dibujo libre constituye una de las dimensiones más genuinas de la infancia, que sintoniza con la forma de ser, saber, pensar y actuar de las personas. Representa un gran tesoro expresivo, ya que a través de los dibujos las personas dicen muchas cosas de sí mismas. A través del dibujo se exteriorizan las ideas, sentimientos, se refuerzan los conocimientos e ideales. Es un índice revelador de aspectos de la personalidad de cada persona, evidenciándose su imaginación, creatividad, conocimientos acerca del mundo que le rodea, estados de ánimo, etc. (Calero, G., 2008).

Según Carlos Belda, "El concepto de expresión gráfica está referido a la representación de una idea o sentimiento, por medio de un dibujo, de acuerdo a la experiencia de ese individuo, y a su percepción y reflejo del entorno". Respecto al plano de los contenidos, el mismo autor, afirma que esta técnica otorga una cierta libertad, ya que no se invita a interpretar receptivamente las figuras propuestas, sino que, guiados por su imaginación, crean un dibujo según sus deseos. (Belda, C. 2011).

CAPTULO IV
RESULTADOS

En este capítulo se dará respuesta a las interrogantes planteadas en la presente investigación. En primer lugar se expondrán los resultados de todas las escalas que conforman el PANSS, detallando los puntajes de cada sujeto del Grupo Control y del Grupo Experimental obtenidos en la toma de la Pre-Prueba y Post-Prueba. Posteriormente se realizará una comparación de ambas intervenciones en cada sujeto para determinar cambios entre una y otra de todas las escalas.

Para una mejor comprensión de los resultados, los mismos fueron organizados en distintas tablas y en figuras. Las tablas de resultados contienen la puntuación directa obtenida por los sujetos, estas se interpretan mediante una escala de percentiles, los cuales sirven para proporcionar el rango. El rango que se obtiene en cada escala sirve para determinar el grado de intensidad de cada síntoma de las escalas del PANSS, es decir, mientras mayor sea el rango, mayores síntomas presenta el sujeto, y mientras menor sea el rango, menores serán los síntomas.

Los sujetos del Grupo Experimental están identificados por las siglas SE (Sujeto Experimental) y se numeran del 1-5, mientras que los sujetos del Grupo Control se identifican por las siglas SC (Sujeto Control), numerándose del 6-10.

GRUPO	COLOR
Grupo Experimental	
Grupo Control	

4.1 Resultados de la Pre-Prueba obtenidos por el Grupo Experimental y por el Grupo Control en cada escala del PANSS

A continuación se presentan todos los resultados obtenidos por el Grupo Experimental y por el Grupo Control en cada escala que conforma el PANSS en la toma de la Pre- Prueba.

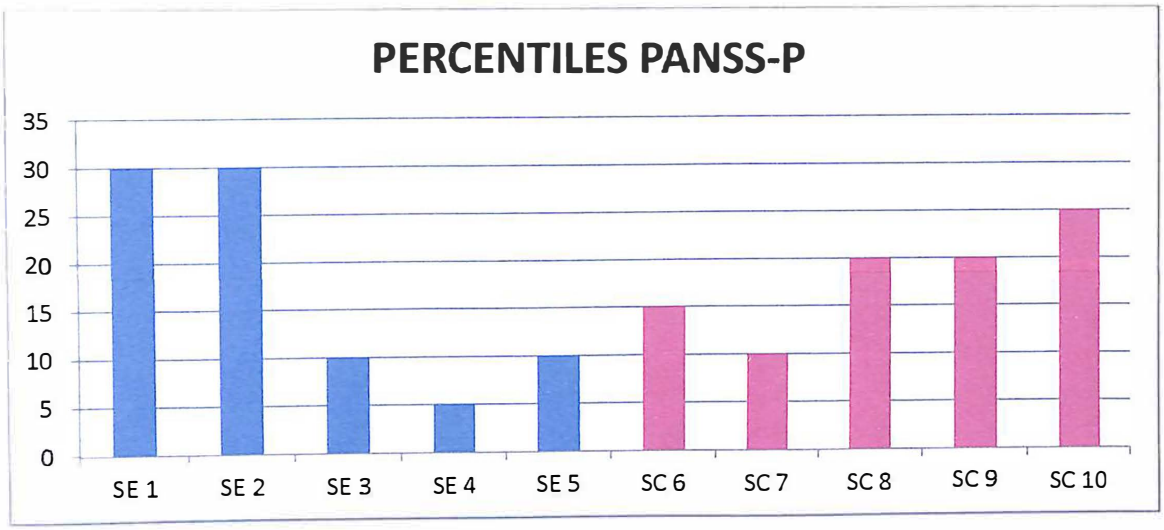
Tabla 9. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-P

SUJETO	PUNTUACION PANSS-P	PERCENTIL	RANGO
SE1	22	30	Medio
SE2	22	30	Medio
SE3	15	10	Bajo
SE4	12	5	Muy bajo
SE5	16	10	Bajo

Tabla 10. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-P

SUJETO	PUNTUACION PANSS-P	PERCENTIL	RANGO
SC 6	17	15	Bajo
SC7	14	10	Bajo
SC8	20	20	Bajo
SC9	20	20	Bajo
SC10	21	25	Bajo

Figura 2. Percentiles de la escala PANSS-P obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Pre-Prueba



En la Toma de la Pre-Prueba los sujetos del Grupo Experimental SE 1 y SE 2 presentan un rango Medio que indica que son los que poseen más Síntomas Positivos. Los sujetos del Grupo Control presentan todos un rango bajo, siendo el SC10 el que mayor puntaje posee.

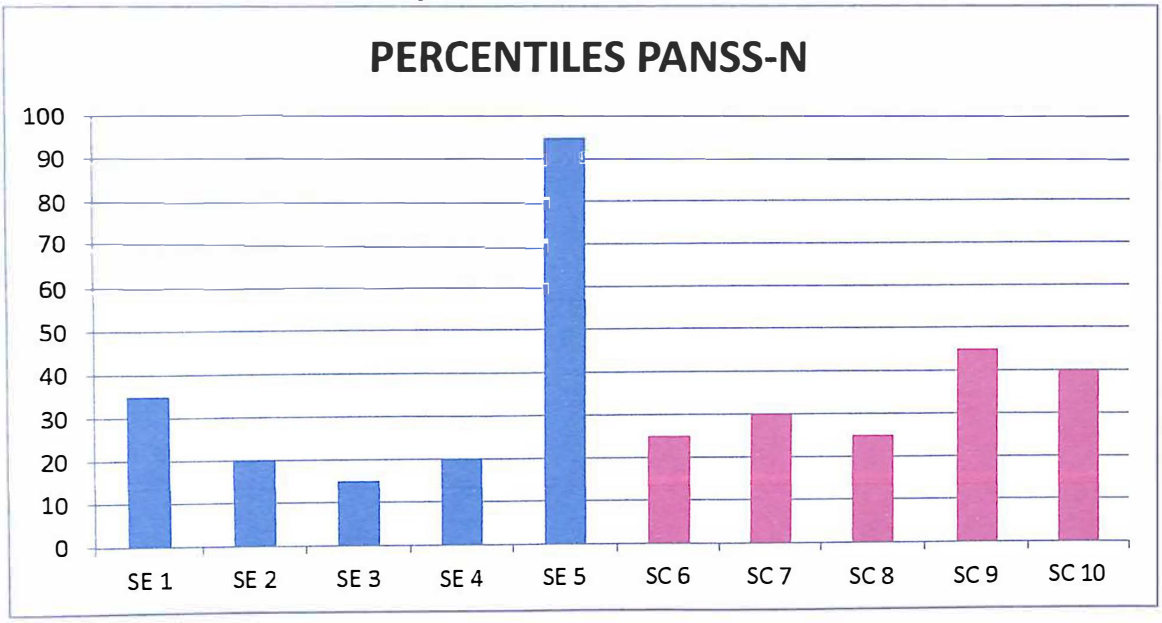
Tabla 11. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-N

SUJETO	PUNTUACION PANSS-N	PERCENTIL	RANGO
SE1	21	35	Medio
SE2	16	20	Bajo
SE3	14	15	Bajo
SE4	16	20	Bajo
SE5	44	95	Muy alto

Tabla 12. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-N

SUJETO	PUNTUACION PANSS-N	PERCENTIL	RANGO
SC6	19	25	Bajo
SC7	20	30	Medio
SC8	18	25	Bajo
SC9	24	45	Medio
SC10	23	40	Medio

Figura 3. Percentiles de la escala PANSS-N obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Pre-Prueba



En la toma de la Pre-Prueba el sujeto que mayor puntaje presenta es el SE5, indicando mayor cantidad Síntomas Negativos en el diagnóstico de la enfermedad. El resto de los SE mantienen un rango Bajo-Medio.

Tabla 13. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-C

SUJETO	PUNTUACION PANSS-C	PERCENTIL	RANGO
SE1	1	50	Medio
SE2	6	60	Medio
SE3	1	50	Medio
SE4	-4	40	Medio
SE5	-28	5	Muy bajo

Tabla 14. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-C

SUJETO	PUNTUACION PANSS-C	PERCENTIL	RANGO
SC6	-2	45	Medio
SC7	-6	35	Medio
SC8	2	55	Medio
SC9	-4	40	Medio
SC10	-2	45	Medio

Figura 4. Percentiles de la escala PANSS-C obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Pre-Prueba

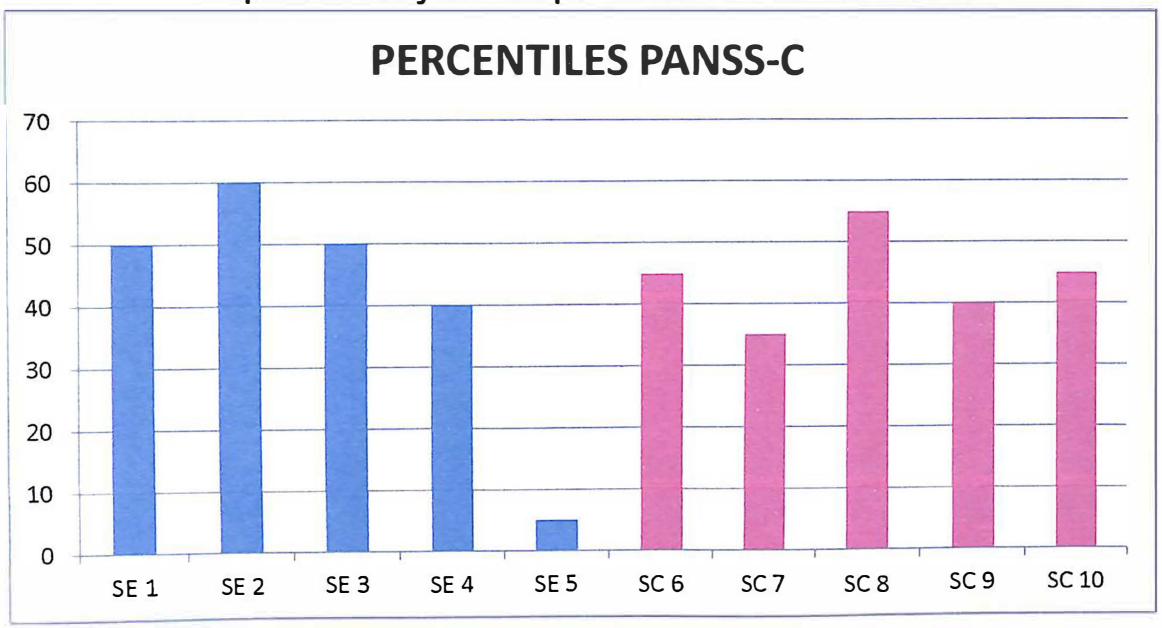


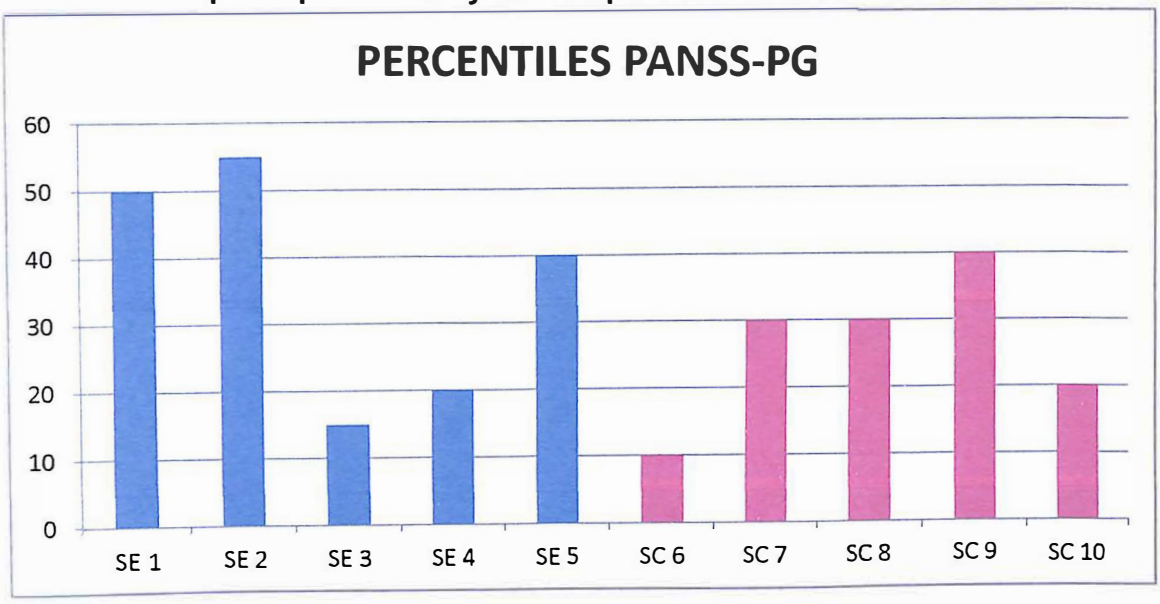
Tabla 15. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-PG

SUJETO	PUNTUACION PANSS-PG	PERCENTIL	RANGO
SE1	44	50	Medio
SE2	46	55	Medio
SE3	34	15	Bajo
SE4	36	20	Bajo
SE5	42	40	Medio

Tabla 16. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Pre-Prueba de la Escala PANSS-PG

SUJETO	PUNTUACION PANSS-PG	PERCENTIL	RANGO
SC6	32	10	Bajo
SC7	39	30	Medio
SC8	40	30	Medio
SC9	42	40	Medio
SC10	35	20	Bajo

Figura 5. Percentiles de la escala PANSS-PG obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Pre-Prueba



En la Pre-Prueba ambos grupos Experimental y Control se mantienen en un rango Medio-Bajo de la escala, implicando bastante estabilidad en Síntomas tales como ansiedad, depresión, orientación temporo-espacial, etc.

4.2 Resultados de la Post-Prueba obtenidos por el Grupo Experimental y por el Grupo Control en cada escala del PANSS

A continuación se presentan todos los resultados obtenidos por el Grupo Experimental y por el Grupo Control en cada escala que conforma el PANSS en la toma de la Post- Prueba.

Tabla 17. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-P

SUJETO	PUNTUACION PANSS-P	PERCENTIL	RANGO
SE1	22	30	Medio
SE2	19	20	Bajo
SE3	18	15	Bajo
SE4	10	14	Bajo
SE5	14	10	Bajo

Tabla 18. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Post-Prueba de la Escala PANSS-P

SUJETO	PUNTUACION PANSS-P	PERCENTIL	RANGO
SC6	18	20	Bajo
SC7	15	15	Bajo
SC8	18	20	Bajo
SC9	17	15	Bajo
SC10	18	20	Bajo

Figura 6. Percentiles de la escala PANSS-P obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Post-Prueba

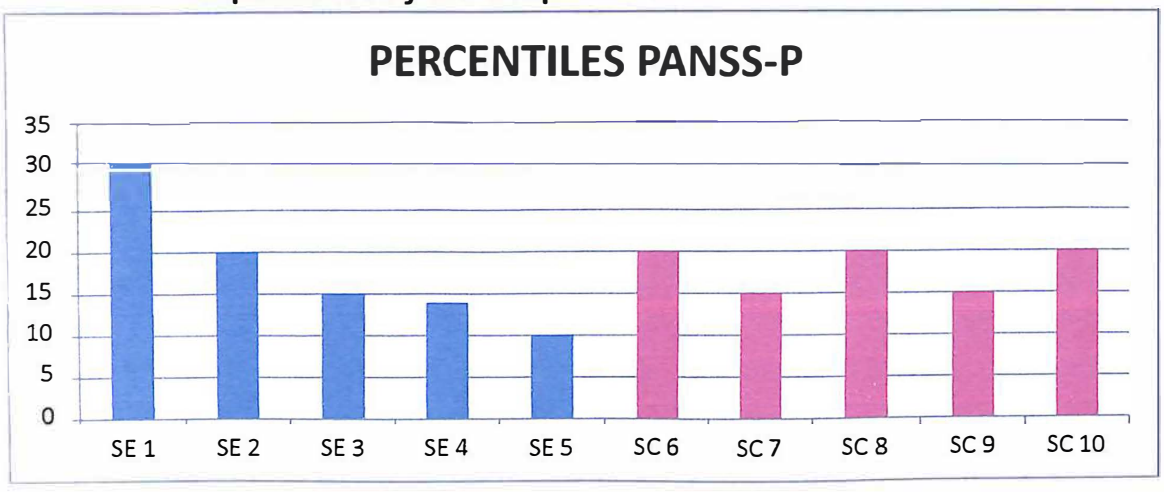


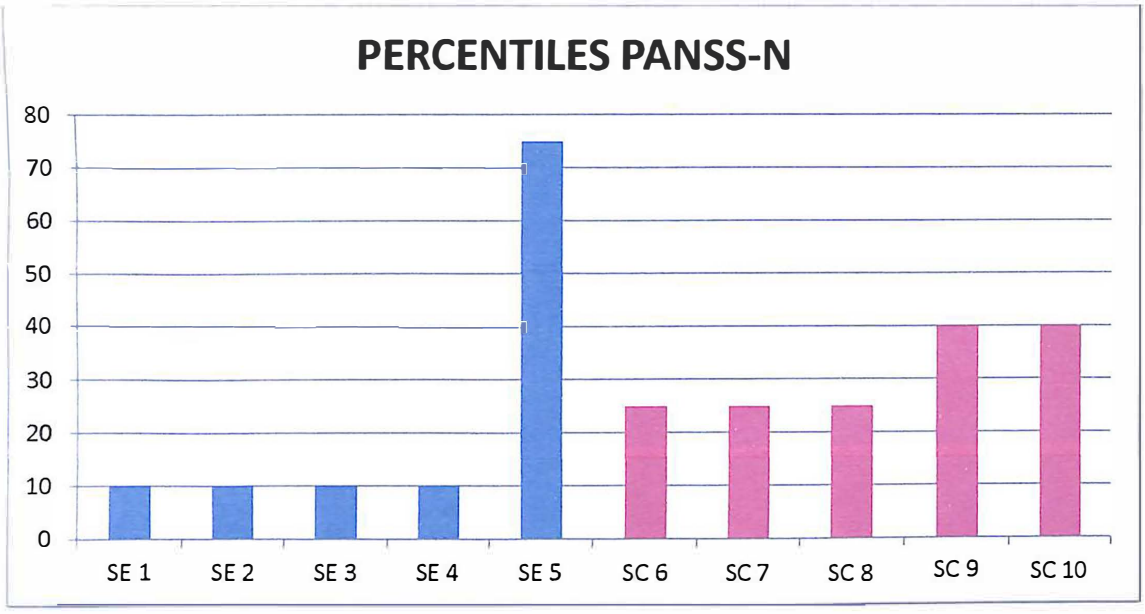
Tabla 19. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-N

SUJETO	PUNTUACION PANSS-N	PERCENTIL	RANGO
SE1	12	10	Bajo
SE2	12	10	Bajo
SE3	11	10	Bajo
SE4	10	10	Bajo
SE5	35	75	Alto

Tabla 20. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Post-Prueba de la Escala PANSS-N

SUJETO	PUNTUACION PANSS-N	PERCENTIL	RANGO
SC6	19	25	Bajo
SC7	19	25	Bajo
SC8	18	25	Bajo
SC9	23	40	Medio
SC10	23	40	Medio

Figura 7. Percentiles de la escala PANSS-N obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Post-Prueba



En la toma de la Post-Prueba se nota gran mejoría en los SE, habiendo gran disminución de Síntomas Negativos tras la aplicación del programa. Los SC se mantienen estables en sus puntajes, no habiendo mejoría notoria.

Tabla 21. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-C

SUJETO	PUNTUACION PANSS-C	PERCENTIL	RANGO
SE1	10	75	Alto
SE2	7	65	Medio
SE3	7	65	Medio
SE4	0	50	Medio
SE5	-21	5	Bajo

Tabla 22. Resultados obtenidos por el Grupo Control en la Post-Prueba de la Escala PANSS-C

SUJETO	PUNTUACION PANSS-C	PERCENTIL	RANGO
SC6	-1	45	Medio
SC7	-4	40	Medio
SC8	0	50	Medio
SC9	-6	35	Medio
SC10	-5	40	Medio

Figura 8. Percentiles de la escala PANSS-C obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Post-Prueba

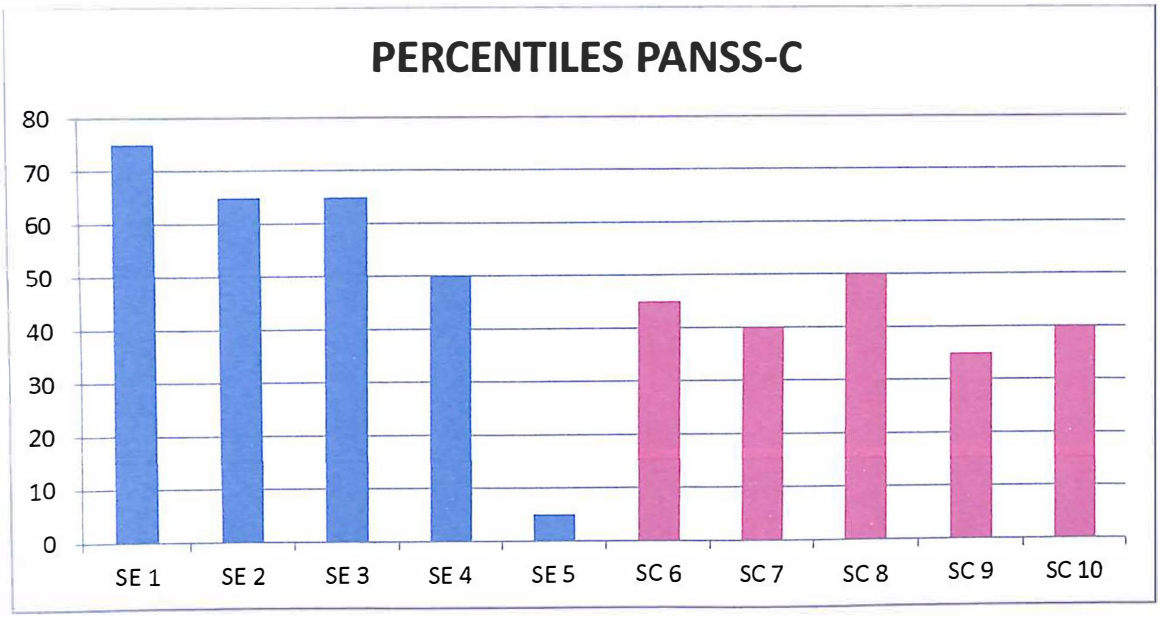


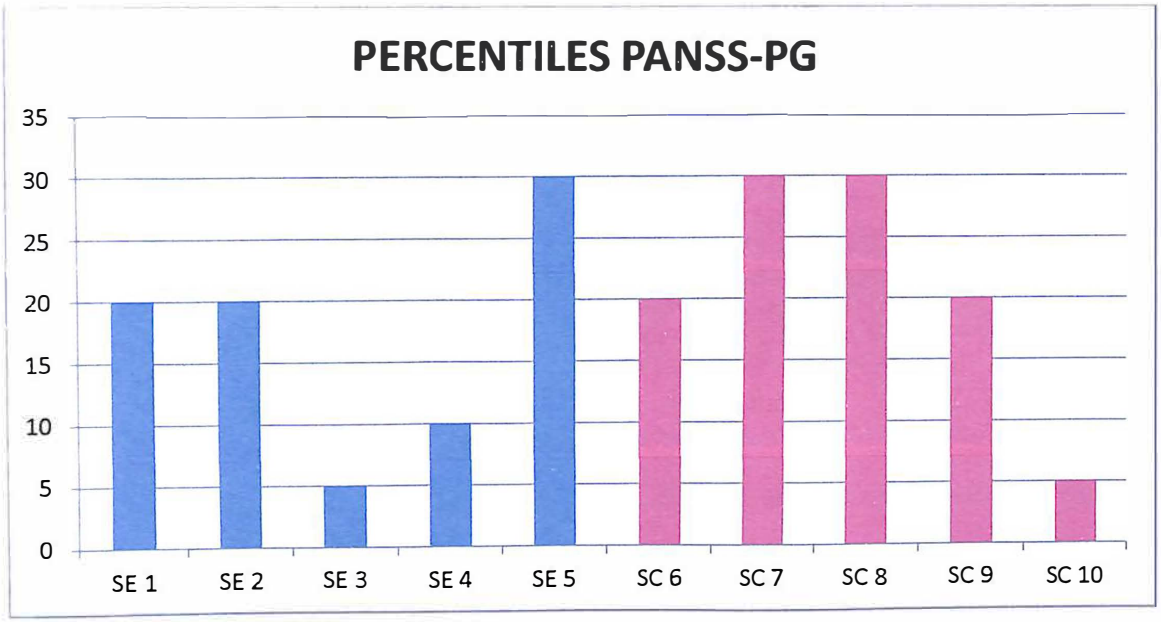
Tabla 23. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-PG

SUJETO	PUNTUACION PANSS-PG	PERCENTIL	RANGO
SE1	36	20	Bajo
SE2	36	20	Bajo
SE3	25	5	Muy bajo
SE4	33	10	Bajo
SE5	40	30	Medio

Tabla 24. Resultados obtenidos por el Grupo Experimental en la Post-Prueba de la Escala PANSS-PG

SUJETO	PUNTUACION PANSS-PG	PERCENTIL	RANGO
SC6	35	20	Bajo
SC7	40	30	Medio
SC8	39	30	Medio
SC9	35	20	Bajo
SC10	28	5	Muy bajo

Figura 9. Percentiles de la escala PANSS-PG obtenido por los sujetos del Grupo Experimental y del Grupo Control en la Post-Prueba



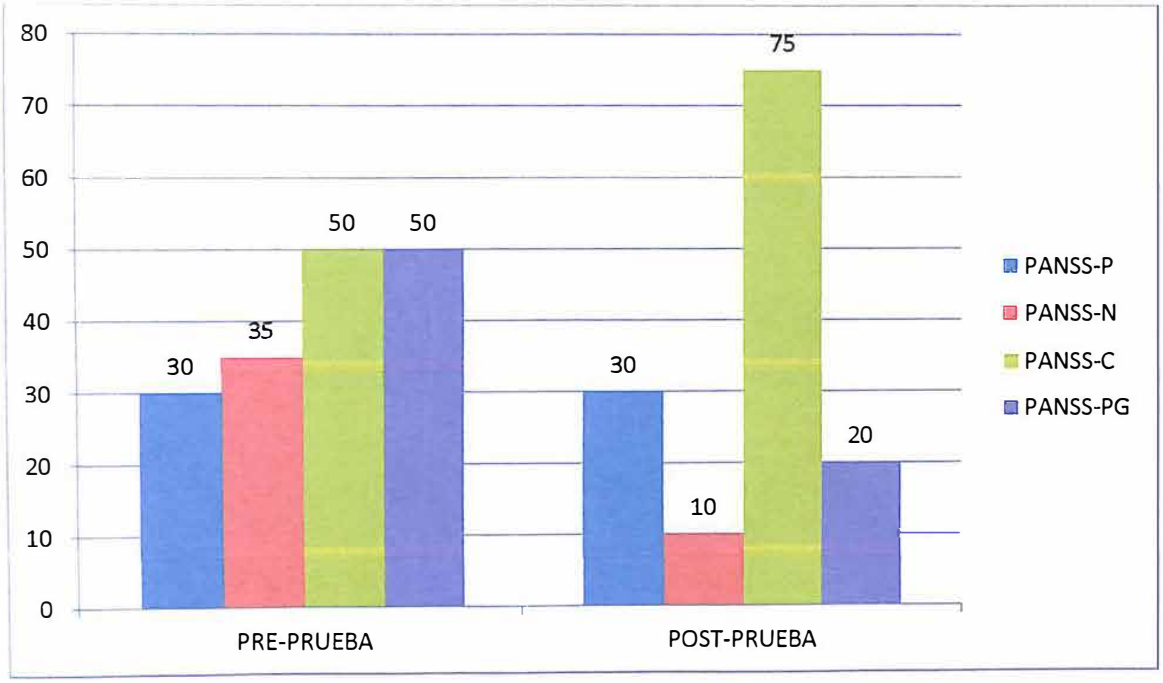
En la toma de la Post-Prueba los SE 1-4 disminuyeron sus puntajes y el SE 5 se mantuvo estable. En el Grupo Control, todos se mantuvieron estables a excepción del SC 9 y SC 10, quienes disminuyeron sus Síntomas Generales.

4.3 Comparación Pre-Prueba/ Post-Prueba por Sujeto

A continuación se presentan las gráficas de comparación de resultados obtenidos en cada una de las escalas que conforman el PANSS por cada sujeto en la Pre-Prueba y en la Post-Prueba, con el fin de observar más claramente si hubo alguna variación entre una toma, la aplicación del programa y la siguiente toma de la escala.

4.3.1 Resultados Grupo Experimental

Figura 10. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Experimental 1 en la Pre-Prueba



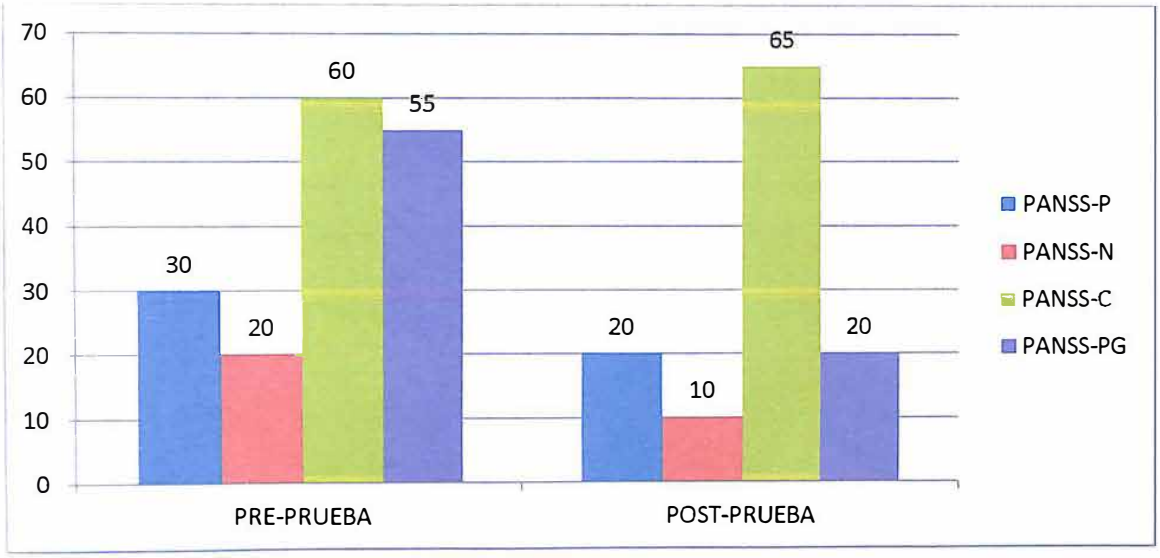
El Sujeto Experimental 1 presenta una variabilidad significativa entre la toma de la Pre-Prueba y la Post-Prueba, siendo la Escala Negativa la de mejora más notoria; Esto implica la disminución de la sintomatología negativa del paciente.

Los Síntomas Positivos se mantienen estables, esto puede deberse a que el Programa de Arteterapia va dirigido a la mejora de los Síntomas Negativos, no presentando mayores beneficios en la Escala Positiva.

La escala de Psicopatología General no mantiene demasiada relación con el programa aplicado, ya que evalúa la presencia de otro tipo de síntomas, tales como preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, depresión, falta de colaboración, orientación, atención deficiente, etc.

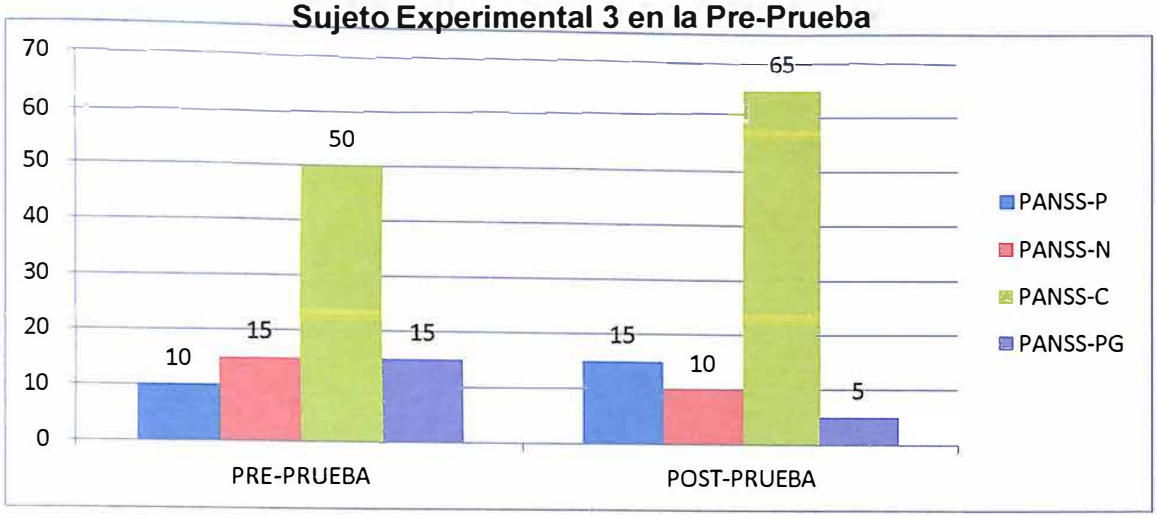
La Escala Compuesta simplemente evalúa la predominancia de una escala sobre otra, siendo en este caso, la positiva.

Figura 11. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Experimental 2 en la Pre-Prueba



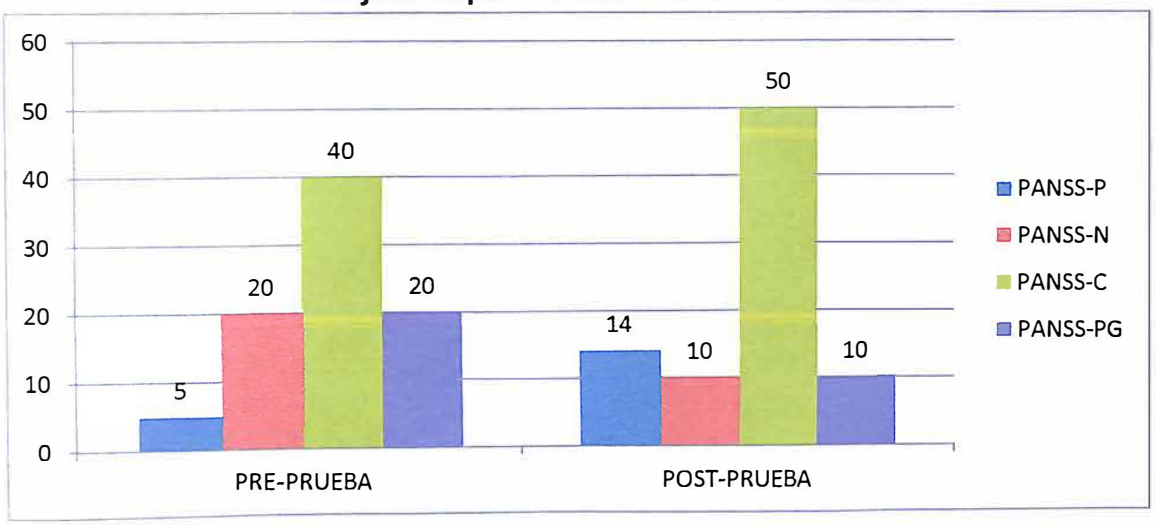
Se puede evidenciar la disminución en todas las escalas después de la aplicación del Programa de Arteterapia, llegando a reducir la sintomatología general en la toma de la Post-Prueba. Es importante notar que los Síntomas Negativos se reducen a la mitad tras la aplicación del mismo.

Figura 12. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Experimental 3 en la Pre-Prueba



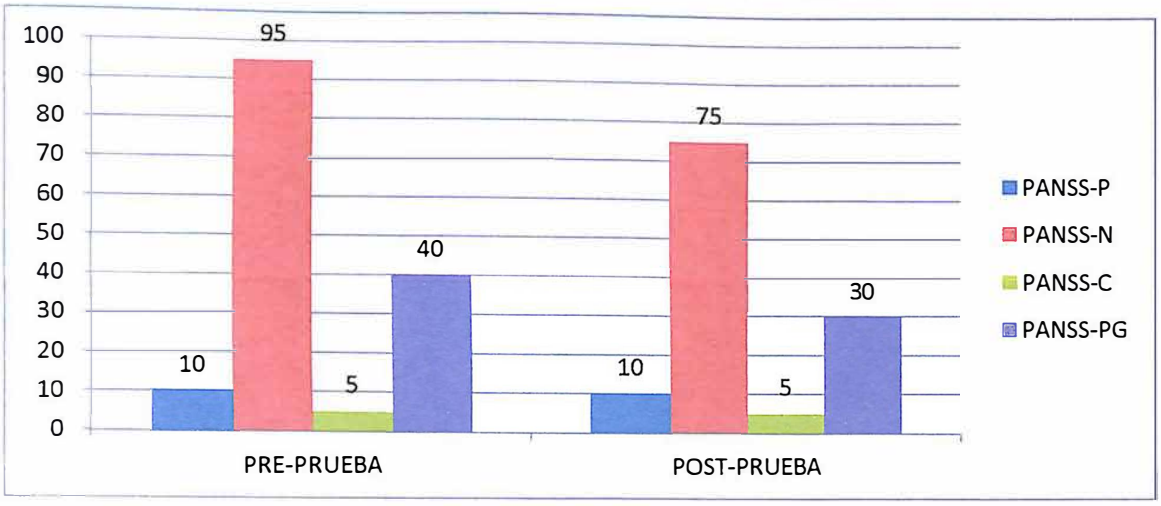
Hubo una minina disminución de los Síntomas Negativos y en la Psicopatología General; Mientras que puede notarse un aumento mínimo de los Síntomas Positivos. Esto implica una mejora general de la sintomatología del paciente, pero quizás con una aplicación del tratamiento experimental de mayor duración puedan observarse resultados más significativos.

Figura 13. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Experimental 4 en la Pre-Prueba



Se evidenció que los Síntomas Negativos del paciente se reducen a la mitad, siendo notoria la variabilidad entre la toma de la Pre-Prueba y la Post-Prueba, tras la aplicación del Programa, y reduciéndose los Síntomas Negativos a la mitad.

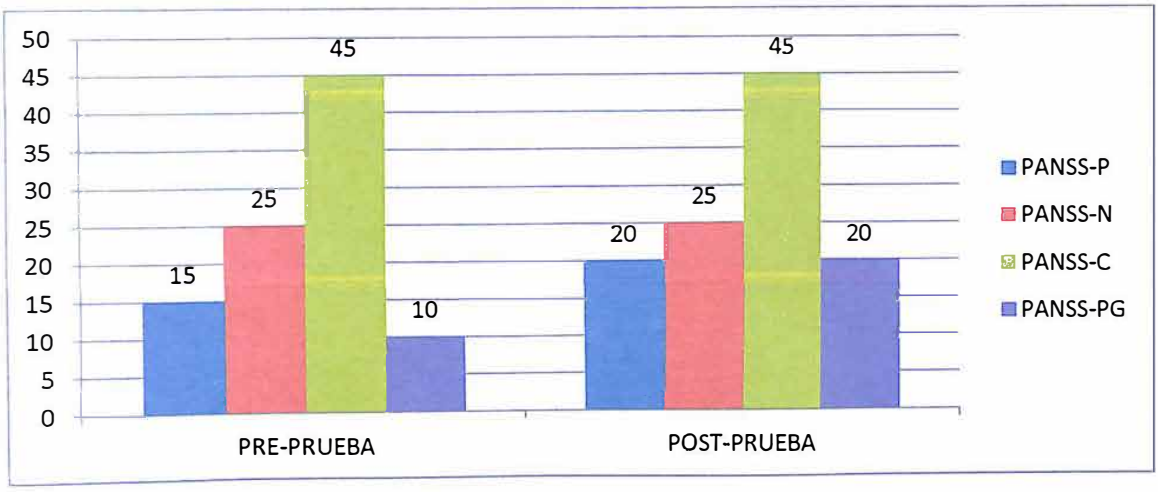
Figura 14. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Experimental 5 en la Pre-Prueba



El Sujeto Experimental 5 presenta los puntajes más altos en la Escala Negativa, pero es evidente la mejora después de la aplicación del Programa, lo cual implica la disminución de los Síntomas Negativos. El resto de las escalas se mantienen estables.

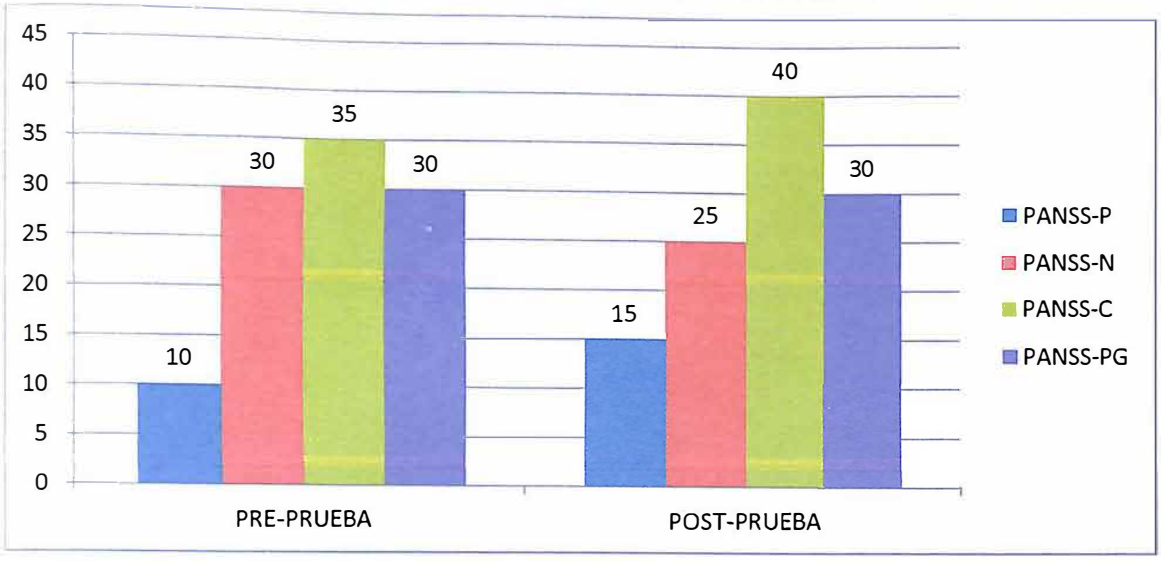
4.3.2 Resultados Grupo Control

Figura 15. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Control 6 en la Post-Prueba



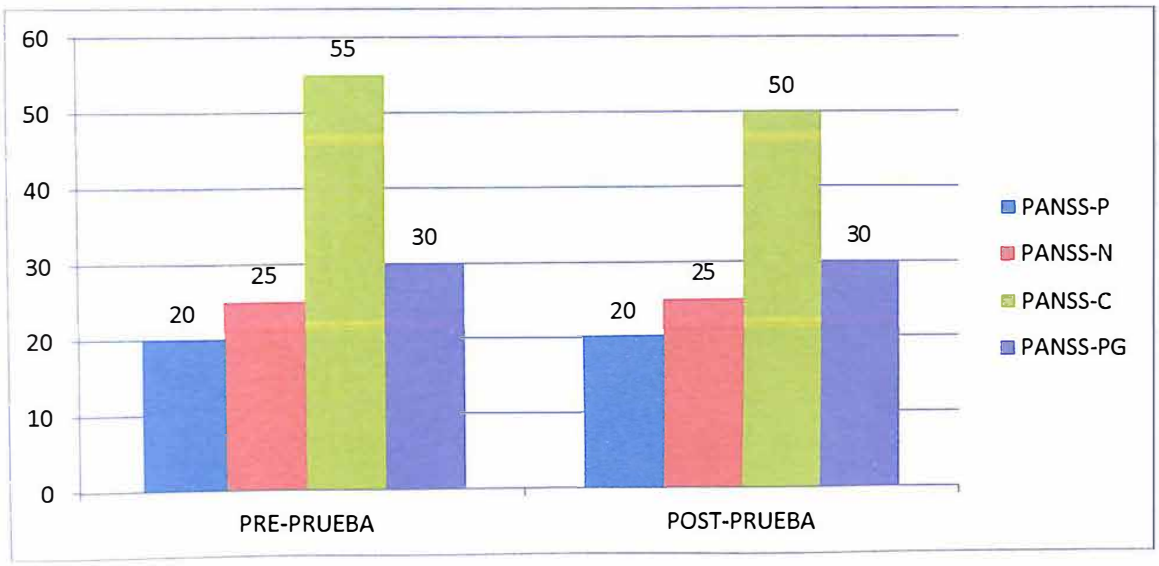
El Sujeto Control 6 no demuestra demasiada variación entre la toma de la Pre-Prueba y la Post-Prueba, esto puede deberse en primer lugar a la ausencia de tratamiento experimental, o quizás a que el sujeto tenía conocimiento previo de la escala que se tomó.

Figura 16. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Control 7 en la Post-Prueba



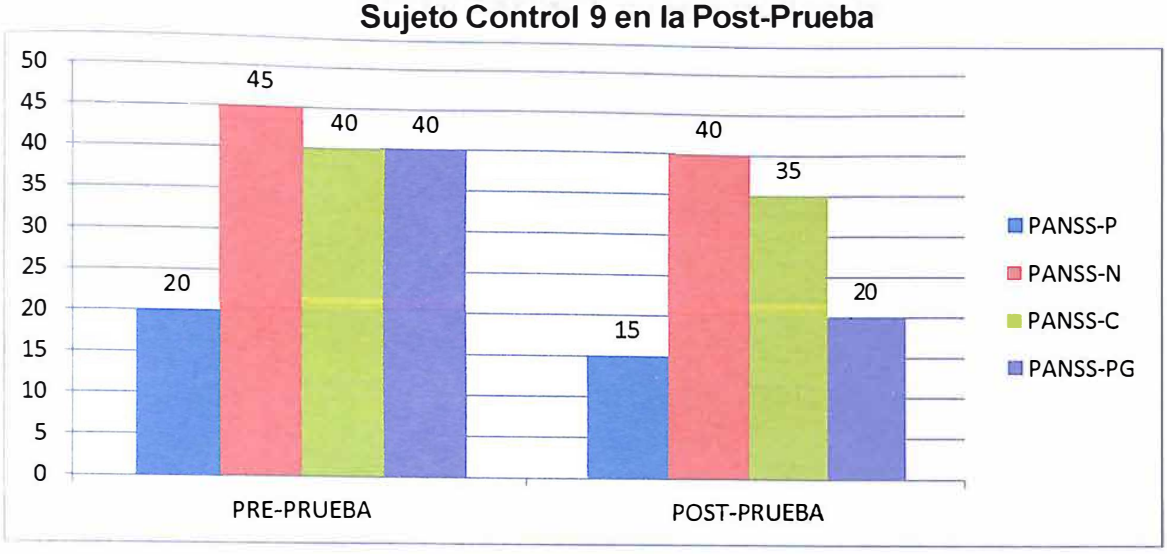
En la toma de la Post-Prueba el sujeto presenta una leve mejoría de los Síntomas Negativos y un pequeño aumento en los Positivos. El resto de los puntajes se mantiene sin mayor variación.

Figura 17. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Control 8 en la Post-Prueba



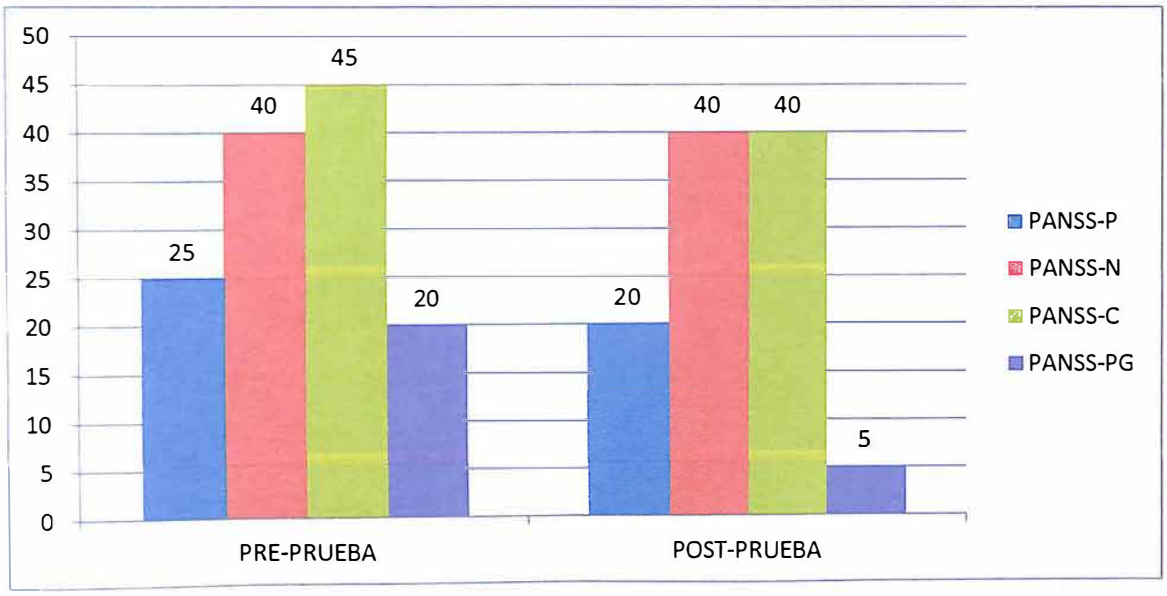
El Sujeto Control 8 mantuvo todos sus puntajes sin variación alguna entre la toma de la Pre-Prueba y la toma de la Post-Prueba.

Figura 18 . Comparacion d e resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Control 9 en la Post-Prueba



Se nota una mejora mínima en los Síntomas Positivos, Negativos y de Psicopatología General entre la toma de una escala y la otra, pero no es significante.

Figura 19. Comparación de resultados obtenidos en todas las escalas por el Sujeto Control 10 en la Post-Prueba



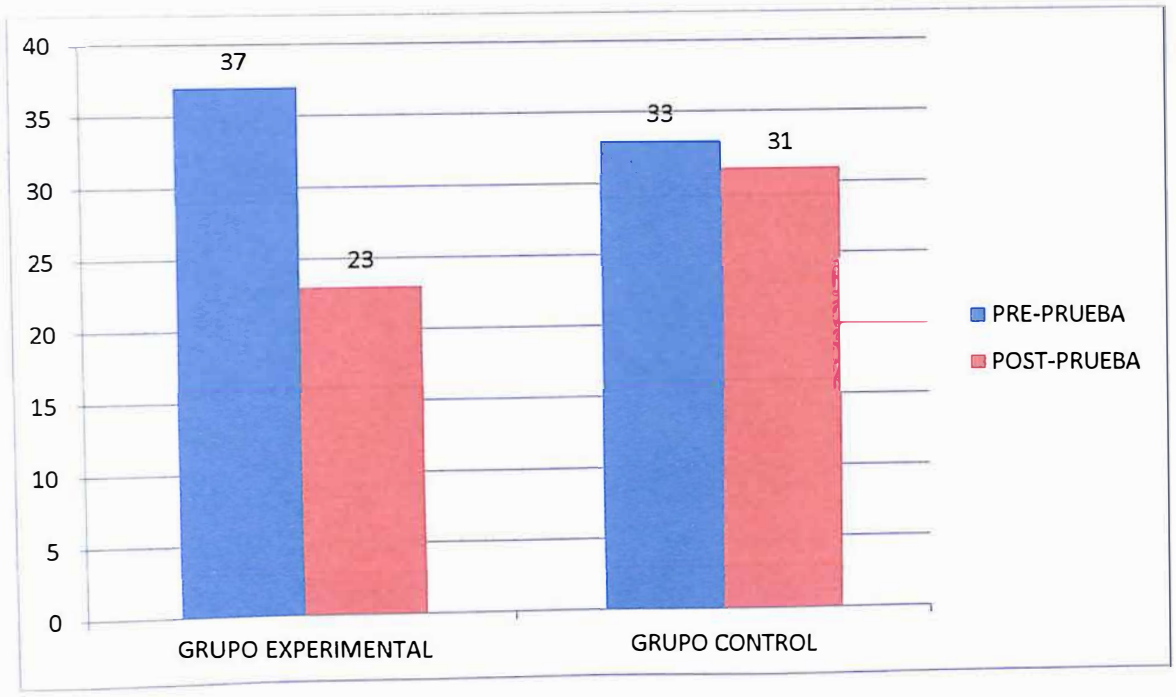
El Sujeto Control 10 presenta variación en la Escala Positiva y la Escala General, no habiendo ninguna mejora en la escala de los Síntomas Negativos ya que no se aplicó el Programa de Arteterapia.

4.4 Comparación de resultados obtenidos por el Grupo Experimental y Grupo Control en la Pre-Prueba/ Post-Prueba de la escala PANSS-N

En el siguiente gráfico se presenta el valor medio obtenido por el grupo experimental y por el grupo control en la toma de la Pre-Prueba y en la Post-Prueba de la escala PANSS-N para hacer una comparación de los resultados entre ambos grupos y ambas intervenciones.

Se toma la escala PANSS-N como la más importante para la investigación, ya que es a la mejora de los Síntomas Negativos donde se dirigen específicamente los efectos del Programa de Arteterapia que se aplicó.

Figura 20. Comparación de resultados de la escala PANSS-N Pre-Prueba/ Post-Prueba del Grupo Experimental y Grupo Control



Como puede observarse en el gráfico, el Grupo Experimental sufre una gran variación entre la toma de la Pre-Prueba, la aplicación del Programa de Arteterapia y la toma de la Post-Prueba. La media de los resultados de la Pre-Prueba es de 37 y en la Post-Prueba es de 23, notándose una gran mejoría general de los Síntomas Negativos en los sujetos del Grupo Experimental tras la aplicación del Programa.

En el Grupo Control los resultados varían muy poco entre la Pre-Prueba y la Post-Prueba, obteniendo resultados medios de 33 y 31, respectivamente. También puede notarse una mejoría entre los resultados entre una y otra pero es mínima. El hecho de que el cambio sea tan poco perceptible, podría deberse en primer lugar a la ausencia de tratamiento experimental o diversos factores tales como la falta de vínculo con el investigador del cual careció, a diferencia del grupo experimental.

4.5 Prueba Estadística

Con el fin de otorgar mayor validez a los resultados obtenidos y corroborar la aceptación de la hipótesis de investigación, se realizó un análisis basado en la estadística no paramétrica y utilizando la Prueba de cambio de McNemár.

4.5.1 Estadística no paramétrica

Una prueba estadística no paramétrica está basada en un modelo que especifica solo condiciones muy generales y ninguna acerca de la forma específica de la distribución de la cual fue obtenida la muestra. Ciertas suposiciones están asociadas con la mayoría de las pruebas no paramétricas, a saber: que las observaciones son independientes y quizás que la variable en estudio es continua; pero estas suposiciones son menores y más débiles que aquellas asociadas con las pruebas paramétricas.

Los procedimientos no paramétricos prueban diferentes hipótesis acerca de la población, que los procedimientos paramétricos no hacen.

A diferencia de las pruebas paramétricas, existen no paramétricas que pueden aplicarse apropiadamente a datos medios en una escala ordinal, y otras pruebas para datos en una escala nominal o categórica.

4.5.1.1 Ventajas de la estadística no paramétrica

- Si el tamaño de la muestra es muy pequeño, puede no haber otra opción que usar una prueba estadística no paramétrica, a menos que la naturaleza de la distribución de la población se conozca con exactitud.
- Las pruebas no paramétricas típicamente hacen menos suposiciones acerca de los datos y pueden ser más relevantes a una situación particular. Además las hipótesis probadas por una prueba no paramétrica pueden ser más apropiadas para la investigación.
- Los métodos no paramétricos están disponibles para tratar datos que son simplemente clasificatorios o categóricos, es decir, que son medidos en una escala nominal.
- Existen pruebas estadísticas no paramétricas que son adecuadas para tratar muestras obtenidas de observaciones de diferentes poblaciones. Las pruebas paramétricas a menudo no pueden manipular tales datos sin exigir hacer suposiciones aparentemente irreales o requisitos pesados de computación.
- Las pruebas estadísticas no paramétricas generalmente son más fáciles de aprender y aplicar que las pruebas paramétricas. Además su interpretación suele ser más directa.

4.5.2 Prueba de cambio de McNemár

La prueba de McNemár para la significación de los cambios es particularmente aplicable a los diseños "antes_después", en los cuales cada sujeto se utiliza como su propio control y en los que las mediciones se realizan ya sea en la escala nominal u ordinal.

Nótese que en estos estudios las personas pueden servir como su propio control y que la escala nominal se utiliza de manera adecuada para evaluar el cambio "antes-después".

En la siguiente tabla puede observarse el puntaje medio de cada sujeto en la toma de la Pre-Prueba y en la toma de la Post-Prueba.

Tabla 25. Comparación Resultados Pre-Prueba/ Post-Prueba según la Prueba de McNemár

Sujeto	Pre-Prueba	Post-Prueba
SE 1	3	2
SE 2	3	2
SE 3	2	2
SE 4	2	2
SE 5	3	3
SC 6	2	2
SC 7	2	2
SC 8	3	3
SC 9	3	3
SC 10	3	2

Negativo	
Positivo	

Nota: Se consideran positivos los rangos de respuesta: Ausente, Mínimo, Leve y Moderado (1-4); y negativos los rangos: Moderado Severo, Severo, Extremo (5-7)

Tabla. 26. Prueba de McNemár

Prueba de McNemár		Post-Prueba	
		+	-
Pre-Prueba	+	4	0
	-	3	3

En la tabla anterior puede observarse que los sujetos que se encontraban en Positivo en la toma de la Pre-Prueba y se mantuvieron en Positivo en la toma de la Post-Prueba, son cuatro. Los sujetos que se encontraban en Positivo en la toma de la Pre-Prueba y pasaron a Negativo en la toma de la Post-Prueba, son cero. Los sujetos que en la toma de la Pre-Prueba se encontraban en Negativo y pasaron a Positivo fueron tres. Y los Sujetos que se encontraban en negativo y se mantuvieron en Negativo fueron también tres. Haciendo un total de 10 sujetos, que fueron los participantes del Grupo Experimental y del Grupo Control de la investigación.

Fórmula de la prueba de McNemár:

$$T_1 = \frac{(B-C)^2}{B+C} \qquad T_1 = \frac{(3-1)^2}{3+0} \Rightarrow 1{,}3333$$

En la tabla de Distribución Chi Cuadrado $\chi 2$ (Anexo 11), se toma un nivel de probabilidad y/o nivel de significancia de 5% y Grado de Libertad=1, por lo cual se obtiene un valor de 3,84.

Dado que 3,84 >1,33 Se acepta la Hipótesis de Investigación (Hi), concluyendo que con la implementación del programa de Arteterapia se mejoró la expresión del lenguaje en los pacientes que padecen esquizofrenia del Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios".

4.6 Discusión

Además de los datos cuantitativos expuestos en fa toma de la Pre-Prueba y la Post-Prueba, la investigación posee una parte cualitativa que es la de la aplicación del Programa de Arteterapia. La cual proporcionó riqueza de contenido a los resultados de la misma.

4.6.1 Descripción

Cada sujeto participó en la investigación realizando un dibujo por sesión dentro de la temática establecida y respondiendo a la guía de preguntas. Las preguntas están dirigidas a la exploración del contenido del dibujo en tres dimensiones; la Dimensión Cognitiva, donde los sujetos explican que quisieron expresar en el dibujo, la Dimensión Afectiva, donde se anima a los sujetos a hablar de las sensaciones y sentimientos que les producía, y la Dimensión Conductual, en la que se explica que fue lo que les impulsó a realizar dicho dibujo.

4.6.2 Cuadros de Apoyo

A continuación se presentan los dibujos realizados por los sujetos del Grupo Experimental en cada una de las sesiones de trabajo.

En la parte inferior de cada dibujo pueden observarse los comentarios hechos por cada sujeto al finalizar la sesión. Es importante aclarar que la transcripción del contenido fue hecha de manera exacta.

Puede notarse el progreso de los mismos entre un tema y otro, además de poder relacionar a cada sujeto con los resultados obtenidos en las escalas para una mejor identificación de la persona y de su evolución al finalizar el Programa de Arteterapia.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

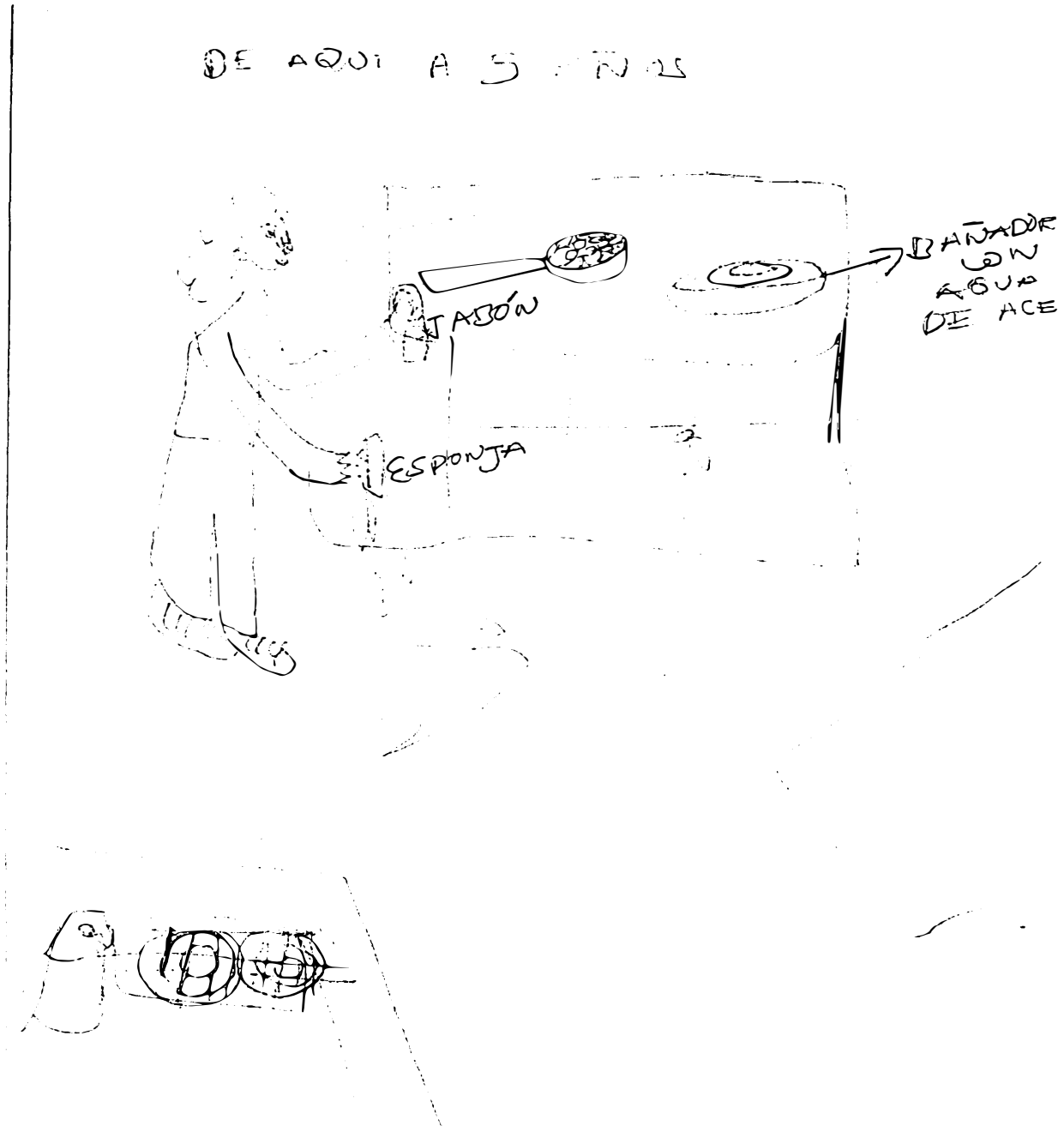
Dibujo de la Figura Humana



Explicación de Contenido: Es un hombre con nube, con río. Me hace sentir bien. Él está paseando por el río. En la montaña está. Con la nube y con la arena.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

Donde me veo dentro de 5 años



Explicación de Contenido: De aquí a cinco años yo voy a ayudar a mi mamá a lavar la cocina, ordenar mi ropa, todo. Me hace sentir feliz porque dentro de cinco años voy a ser ya joven, después ya voy a estar bien. Voy a ayudar a mi mamá y a mi papá a todo, a cargar palta, plátano, postre, yuca. A sacar camote y a sembrar.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

Mi niño interior



Explicación de Contenido: Esto era cuando era niña. Yo jugaba con los árboles, y me colgaba de ellos. Y jugaba con mi hermano pelota, con mi prima pelota y con mi otra prima pelota. Jugaba pelota con todos. Iba al centro con mi ropa nueva y después iba a jugar pelotita con su primo de mi amiga. Este dibujo me hace sentir bien, me da energía, ácido me impulsa. Es un dibujo que desde el cuello nomás es. Yo era buena, educada y trabajaba a mi mamá todo le ayudaba.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

Persona bajo la lluvia



Explicación de Contenido: He dibujado una persona con su paraguas y con la lluvia. Y está con los rayos, está tronando el rayo. Grave está lloviendo. Esta persona está yendo al colegio y va a hacer su primer examen del trimestre. Me hace sentir bien.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

Mis miedos



Explicación de Contenido: Yo he dibujado el tigre porque me da miedo. Tengo miedo al tigre porque me puede aparecer en mi casa, en mi lote. Me hace sentir bien porque es bonito dibujar y pintar, hacer sus sombritas, sus plantas, sus paisajes. Me da miedo que corra hacia este lado, hacia el monte.

Nota: El sujeto comienza a pestañear rápidamente y a moverse nervioso. Cuando se le pregunta si se encuentra bien responde: "No molestes" y a medida que se va calmando explica: "Hay alguien que le está pateando el trasero a mi alma". Vuelve a pestañear y se calma, continuando con su dibujo tranquilamente.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

Familia



Explicación de Contenido: Yo he dibujado a mi familia, después he pintado esto. He dibujado a mi familia. Me hace sentir bien nomás. Me gustó dibujar sus caras, ropas, sus zapatos. Esta familia esta triste, sobre todo mi mamá porque no está conmigo. Ya no me cuida hace tiempo que no la veo.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

Si fuera un animal



Explicación de Contenido: Si fuera un animal quisiera ser un chanchito porque es forzudo, para tener fuerza. Y para corretear y para poder tumbar árboles. Y para poder comer de todo. Este dibujo me hace sentir bien. Lo hice porque es bonito el chanchito, cuando es wawita bien bonito es, su chuñito tiene bien rojito.

SUJETO EXPERIMENTAL 1
Mi Enfermedad



Explicación de Contenido: Yo me he dibujado mal porque siento que me humillan aquí. Que me pegan y que ya me están maltratando porque no me quieren parece. "no te quiero a vos" me dicen, "eres una perra", "eres maldita". Mi enfermedad mal me hace sentir, loca me van a hacer querer volver ya. Lo que dice en el dibujo es lo que está en mi mente.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

Aquello que me hace feliz



Explicación de Contenido: He dibujado a mi mamá. Me hace feliz porque ella me cuida, me lleva al Chaco. Este recuerdo bonito de mi mamá me hace sentir cómodo. Mi mamá me mima y me va a lavar al río mi ropa. Ella es mi mamá, no es de nadie su mamá.

SUJETO EXPERIMENTAL 1

Dibujo Libre



Explicación de Contenido: He dibujado un paisaje y me esmeré mucho para que quede lindo. Ahí se nadar en el rió, por eso he dibujado un río. También se subirme a los árboles, por eso los he dibujado. Por subirme a los arboles una vez se caerme por ir a buscar leña. Este es un recuerdo que me hace sentir bien, por eso lo he dibujado.

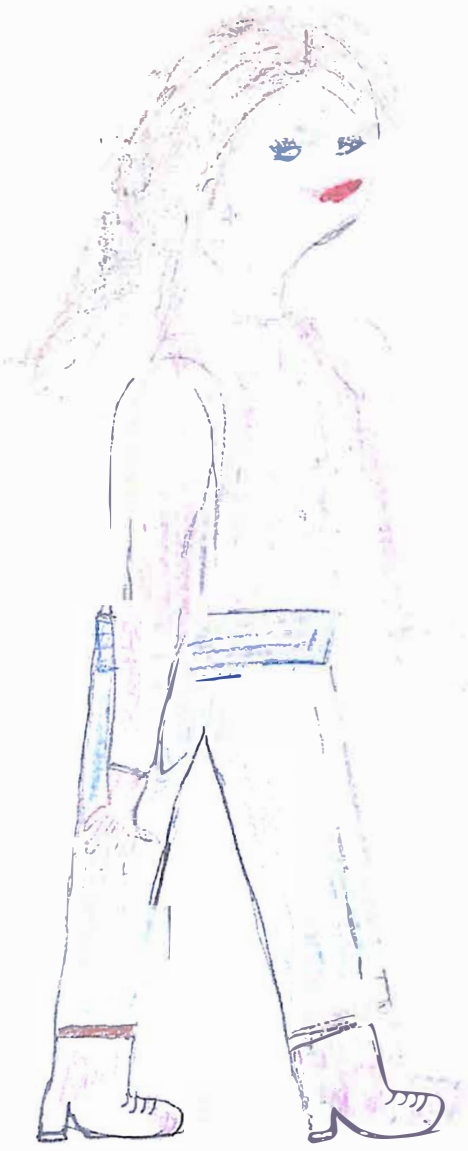
SUJETO EXPERIMENTAL 2
Dibujo de la Figura Humana



Explicación de Contenido: Dibujé un dibujito. Y resulta que me ha hecho poner muy, o sea, muy, me hizo, o sea, que al dibujar había querido que, que se llama, por ejemplo, pues empecé a anhelar que puedo hacer mucho, o sea que puedo hacer una actividad, o sea, en esta tierra. O sea, una actividad, un dibujo, un cuadro, por ejemplo.

SUJETO EXPERIMENTAL 2

Donde me veo dentro de 5 años



Explicación de Contenido: Dentro de cinco años voy a realizar una actividad, pues jamás lo sé. ¿Qué más puedo decir? Al hacer el dibujo me sentí una persona pues que, participé en este día, y me sentí muy feliz, y pues, dentro de cinco años me voy a sentir más realista.



Explicación de Contenido: He dibujado una niña, que es lo que soy por dentro. O sea, lo que he demostrado por fuera, al pintar, dibujé en un papel. Pues he demostrado que me aterroriza las olas, las aguas. Por ejemplo fui al lago, ¿qué se llama?, ¿qué lago era?...por ejemplo he viajado una vez a un lago y me daba terror porque se mueven las olas muy fuerte, fuerte se mueve y me fui en un barco. Me daba terror, soplaban los vientos. Este dibujito lo hice rapidito porque me sentía rara al recordar lo cerca que estaba del lago. Fue lo más terrible, o sea, también porque me iba a caer y me iba a resbalar y caer al agua. Por esa razón dibuje este recuerdo de cuando era niña, ya que es lo que más me ha llamado la atención desde ese día y jamás me olvidé.

SUJETO EXPERIMENTAL 2

Persona bajo la lluvia



Explicación de Contenido: Este dibujo lo hice porque me recuerda a las personas que transitan las calles. Me hace sentir que, que, que, pues, que, que, me hace sentir que cada día se debe, o sea, cada día, pues las personas transitan cada día y corren mucho peligro y jamás tienen quien les cuide o les colabore.

SUEJTO EXPERIMENTAL 2

Mis miedos



Explicación de Contenido: Dibujé a mi mamá. Me da un poquito, o sea, un poco, jamás se muy bien, pero es que su forma de hablar, su forma de observarme, cada día diría. Cada día me observa. Me hace sentir que, o sea, perdón, como si yo fuera una delincuente, una chica mala, una persona mala, me hace sentir lo peor, lo más bajo, lo más vil, lo más feo, lo más horrible. Incluso me arrepiento de haber venido, de ser su hija. Me da vergüenza, siento una vergüenza adentro, profundamente al preguntarme por qué me odiaría tan horrible y qué cosas se fijaría ella respecto a la persona, para que tanto llame la atención o para que me venga a traer por ejemplo al Hospital. Este dibujito me hace sentir, el dibujo, o sea, lo que dibujé me hace sentir que, o sea, me hace sentir que al dibujar, me hace sentir mal. Me hace sentir mal porque jamás quiero recordarme de ella, y solo la dibujé para que vean que es lo que más me hace poner mal.

SUJETO EXPERIMENTAL 2

Familia



Explicación de Contenido: Me he inspirado un poquito al dibujar porque, por ejemplo, están saliendo. Salen a pasear, a tomar sol, jamás sé. A tomar un helado y disfrutan y la pasan bien y empiezan a conversar y pasarla bien, o sea, ¿qué más puedo decir? Me hace sentir pues muy, pues cada día mejor. Ayer por ejemplo, dibujé un dibujo que, que… o sea, perdón, ¿Qué me ha dicho? – ¿cómo te hace sentir este dibujo? Ah, el dibujo me hace sentir muy, pues, muy bien, o sea muy bastantemente bien. Primeramente me hace sentir que puedo o sea, que, me hace sentir que jamás me había olvidado de hace tiempo que dibujaba dibujitos, que jamás me había olvidado hacer dibujos. Y me he sentido bien que jamás me olvide. Lo había dibujado porque, ay perdón, he dibujado a personas que conozco porque, porque, porque yo diría que… ¿por qué los había dibujado? Porque yo diría que me recuerdan mucho o sea, quiero decir, los extraño mucho, quiero decir, jamás sé muy bien.

SUJETO EXPERIMENTAL 2
Si fuera un animal



Explicación de Contenido: Quisiera ser una llama, porque primero, iría a los valles. Las ramitas por ejemplo florecen en los campos, en los valles, donde hay altiplano. En lugares, por ejemplo, tropicales también. Ay, perdón. Este dibujo me hace sentir o sea, que más o menos que elegí a este animal llamado llama porque, porque, porque, porque, pues muy, muy, ayuda a las personas, por ejemplo su lana. La lana que se le, que se le va, o sea, se le va extrayendo es muy útil para las personas. Para que puedan vestirse, para que puedan vestir. Y también para que puedan vender, salir a otros lugares, o sea su producto, la exportación por ejemplo, lo que le extraen la lanita.

SUJETO EXPERIMENTAL 2
Mi Enfermedad



Explicación de Contenido: En el hospital me he sentido pues, muy, o sea, muy, o sea, muy discriminada. Ahorita por ejemplo he sentido que me está empujando muy mala es esa chica. Muy mal me tratan y me voy a la cama, y por detrás está correteando y me ha asustado feo, chocándose con la cama. Jamás quiero que toque la cama. Lo que más me pone mal es que quien sabe qué clase de personas pueden ser. Otra chica me lastima con su pie, yo soy muy delicada, cualquier golpiza rápido me duele y verdes manchitas me salen. Estar acame hace sentir mal, a veces bien. Me han ayudado mucho, me hablan, me hacen sentir muy bien, me hacen olvidar de mi mama y de lo que me regaña. Al estar acá, empiezo a empezar a ver de otra manera esta tierra.

SUJETO EXPERIMENTAL 2

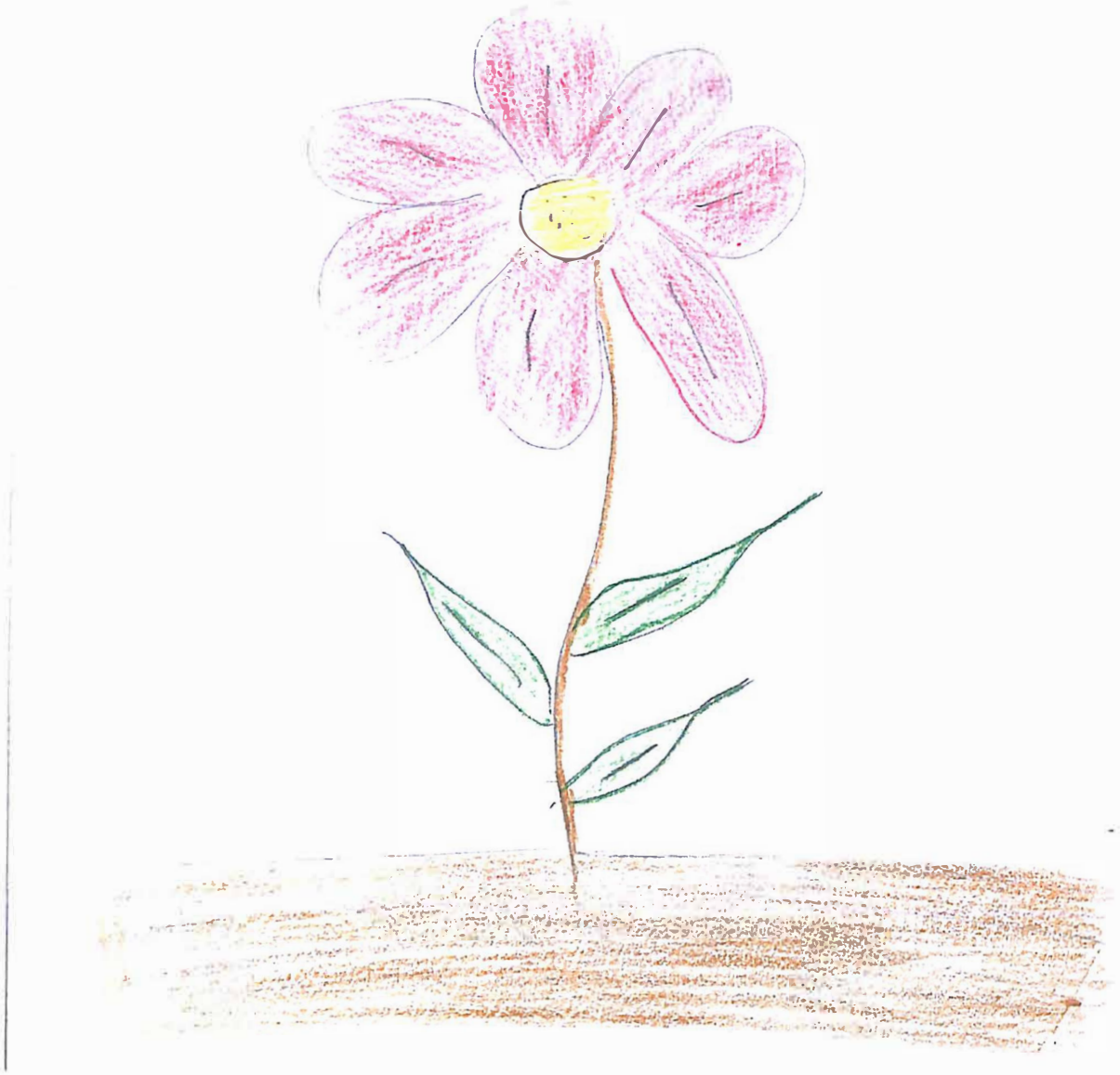
Aquello que me hace feliz



Explicación de Contenido: He dibujado sobre mi persona. Me hace feliz porque, pues, porque me imagino recibiendo un cartón de un título profesional, por ejemplo. Obtener un título me hace feliz porque he alcanzado lo más lejos, lo más, lo más, pues, diría que he demostrado todo lo que se espera.

SUJETO EXPERIMENTAL 2

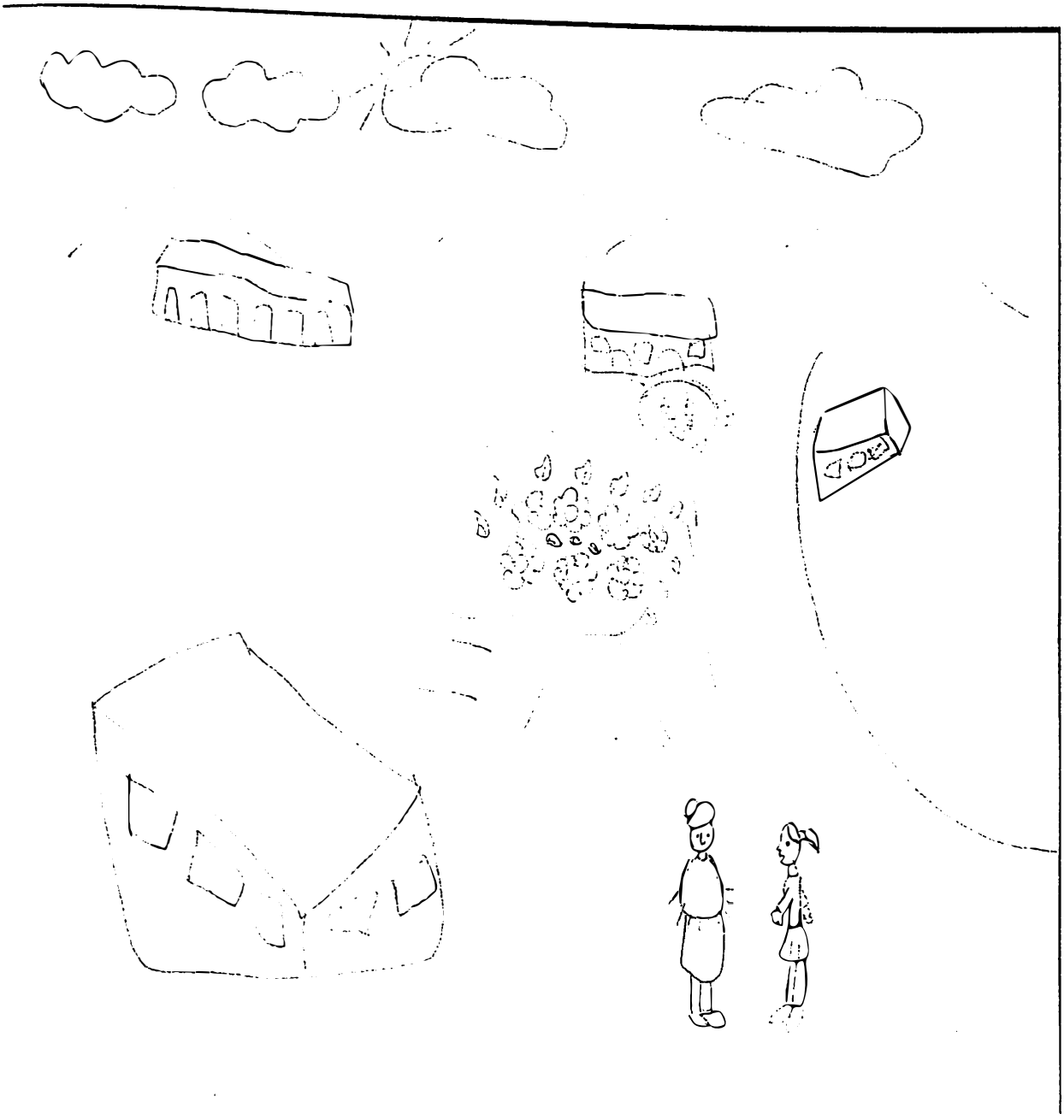
Dibujo Libre



Explicación de Contenido: He dibujado una flor, porque me he inspirado en las plantitas porque jamás las tratan bien. Donde hacen por ejemplo los jardines, jamás las tratan bien porque se olvidan de regarlas y esto me hace sentir que deberían ponerlas en las plazas, y debería haber más control para que la gente aprenda a cuidarlas.

SUJETO EXPERIMENTAL 3

Dibujo de la Figura Humana



Explicación de Contenido: Este dibujo me hace recordar que nunca voy a olvidar a mis amigas, ya sea que sigan aquí en cualquier lado de San Juan de Dios o en otro lugar, van a llegar a mi corazón y nunca me voy a olvidar de ellas.

SUJETO EXPERIMENTAL 3
Donde me veo dentro de 5 años



Explicación de Contenido: Dentro de cinco años me gustaría ayudar a mi mamá, a vender. O quizás tener mi propio puesto para vender pelotas, o trabajar en Tigo, tener una cabinita chiquitita para cuando quieran llamar las personas. También vendería dulces y helados. De aquí a un tiempo también puedo viajar desde Santa Cruz a La Paz, o a Copacabana, ya sea en flota o en avión. Este dibujo me hace sentir bien porque ya no me voy a escapar, voy a estar con mi familia, no voy a estar de un lugar a otro, no me voy a ir para nada.

SUJETO EXPERIMENTAL 3

Mi niño interior



Explicación de Contenido: Es un niño jugando pelota. Está muy triste porque no sabe cómo jugar, es por eso que no tiene pies. No sabe cómo jugar, caminar, como expresar sus sentimientos con amor. Cuando uno le dice que vaya a hacer alguna actividad de una persona mayor no sabe cómo hacerlo porque es un niño con problemas de aprendizaje. No tiene como desarrollar sus habilidades, sus cosas buenas y malas. Yo me identifico que este es mi niño interior porque no puedo hacer muchas cosas. No puedo ayudar a mi mamá, no puedo hacer nada yo. Quiero informar a toda la gente que si es que tienen un niño con problemas, como la bebucha que está aquí, que tengo la capacidad de un bebe de 7 años, sepan que diferentes niños tienen diferentes capacidades de aprender y de querer.

SUJETO EXPERIMENTAL

3 Persona bajo la lluvia



Explicación de Contenido: Hay una niña bajo la lluvia que está pidiendo dónde pararse. Me hace sentir bien, el saber que uno puede estar bajo la lluvia, cantar, reír, bailar, etc. Lo que me impulsó a hacer este dibujo fue porque a veces llueve, a veces hace calor, o está templado y se pueden hacer las mismas cosas.

SUEJTO EXPERIMENTAL 3

Mis miedos



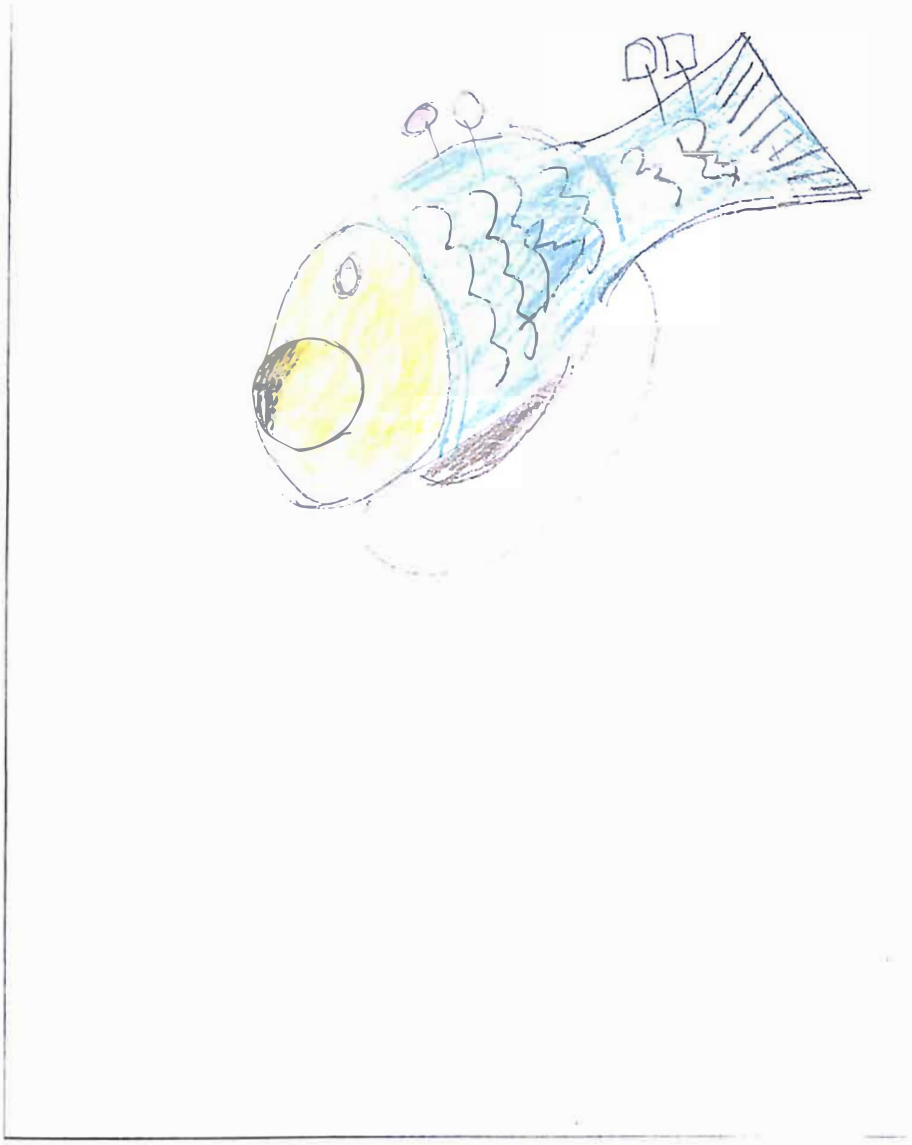
Explicación de Contenido: Este dibujo me da miedo porque es un fantasma. Está abajo del agua y espanta a los pulpos, las sirenas, los crustáceos. Me da miedo porque puede aparecer debajo del agua, me puede jalar y me puede ahogar, me puede matar.

SUJETO EXPERIMENTAL 3
Familia



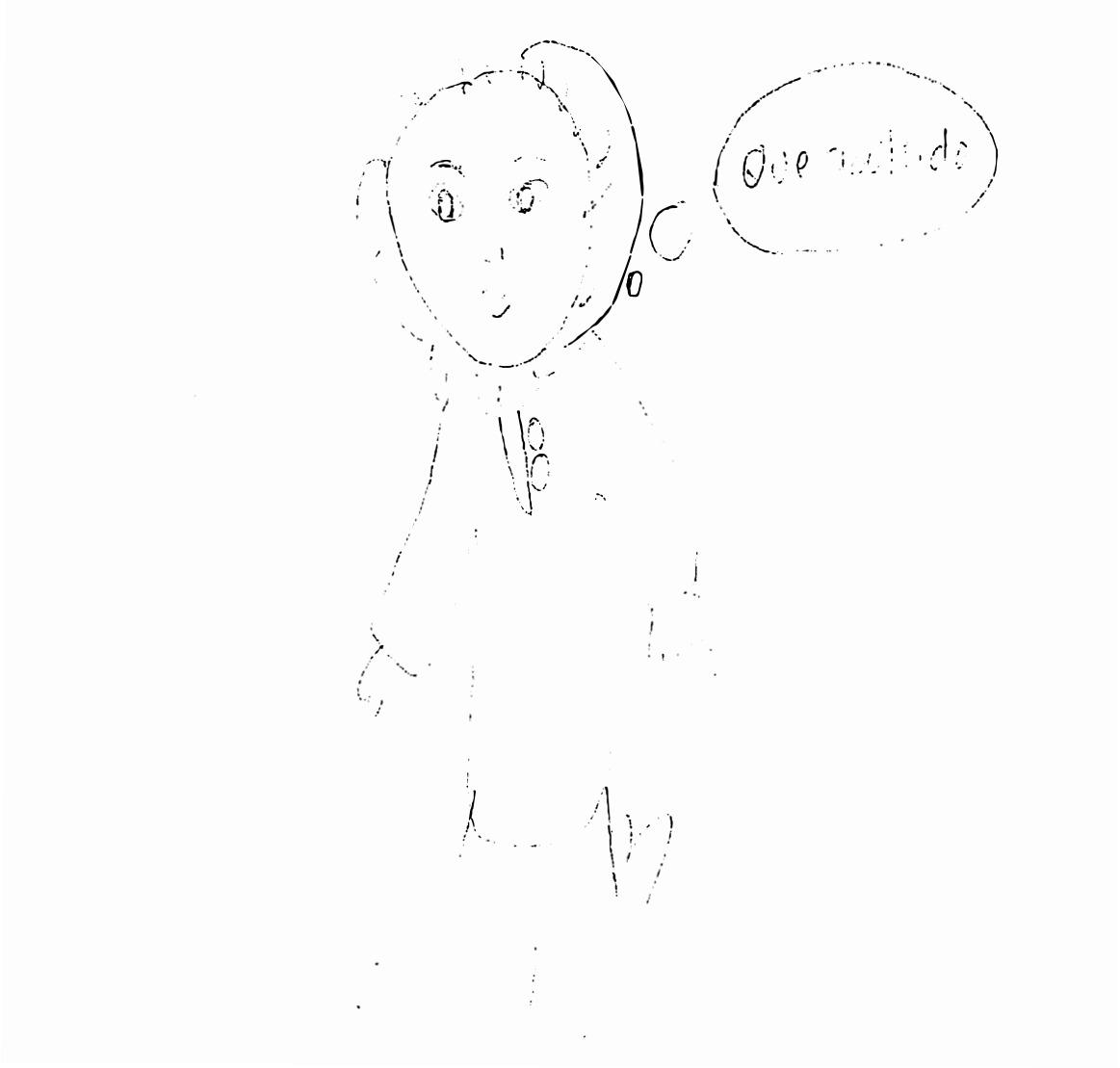
Explicación de Contenido: Es una familia en el carnaval. El niño esta vestido de payaso y tiene un gorrito para que no le manchen su cabello lleno de colores. Su mama está agarrando una bolsa de globos para tirarles a los otros. Están saliendo de su casa para ir a ver el Corso Carnavalero. Me hace sentir bien porque me gustan mucho los payasos. No pude hacer el Corso porque no sé como dibujar a las cholas, los osos de la diablada, esas cosas que se miran en la comparsa de la plaza de Obrajes.

SUJETO EXPERIMENTAL 3
Si fuera un animal



Explicación de Contenido: Si fuera un animal quisiera ser un pescado. Lo dibuje con un plato de ceviche, con pedazos de queso y salchicha. Me gusta el pescado porque es para los inteligentes, lo comen en Copacabana. Me hace sentir bien porque mi abuelo tallaba pescados en piedra y salía agüita de su boca, era una fuente. Mi tía lo tiene y me inspiré en ese recuerdo de mi abuelo.

SUJETO EXPERIMENTAL 3
Mi Enfermedad



Explicación de Contenido: Acá adentro me siento como bebé, estoy aburrida. De vez en cuando hago unos dibujos por ahí, hago unas letras, hago cualquier cosa
para distraerme. Cuando me dan algún momento especial hago lo que me toca y después me aburro, me siento, me duermo, me paro, me echo, como cuando tengo que comer, me visto cuando tengo que vestirme, me baño y me siento aburrida. como robot estoy. Este es un bebe grande.

SUJETO EXPERIMENTAL 3
Aquello que me hace feliz



Explicación de Contenido: esta es una niña que quiere ser pulpo, que quiere ser sirena, que quiere ser persona, que quiere ser dinosaurio, que todo quiere ser. No tiene cara de dinosaurio pero no importa. Me hace feliz dibujar esto porque me gustan los pesados de mar, me gusta comer los ispis. Mi abuelo hacía en piedra pescados de diferentes formas y me hace acordar a mi abuelito que lo quiero mucho.

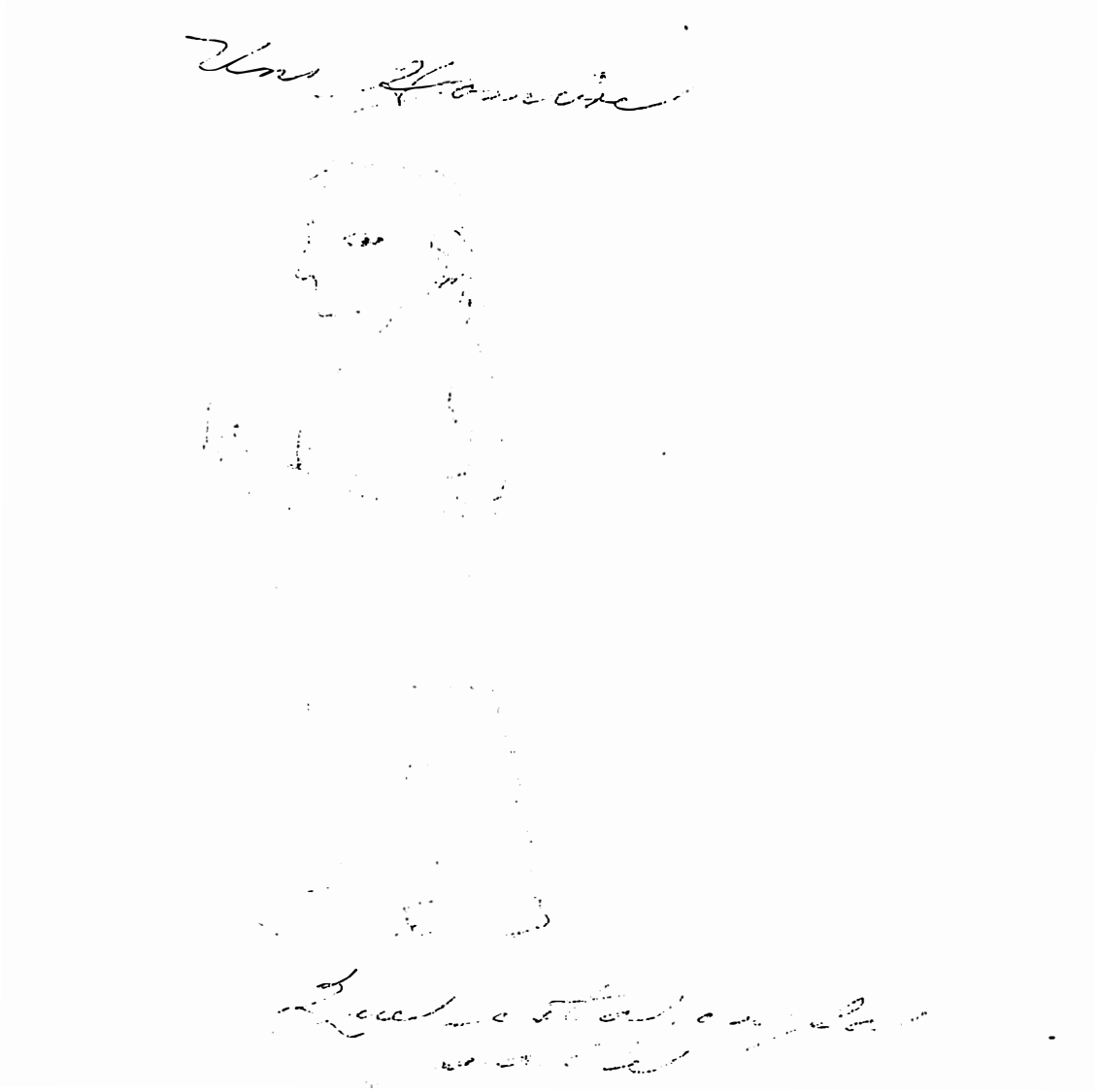
SUJETO EXPERIMENTAL 3

Dibujo Libre



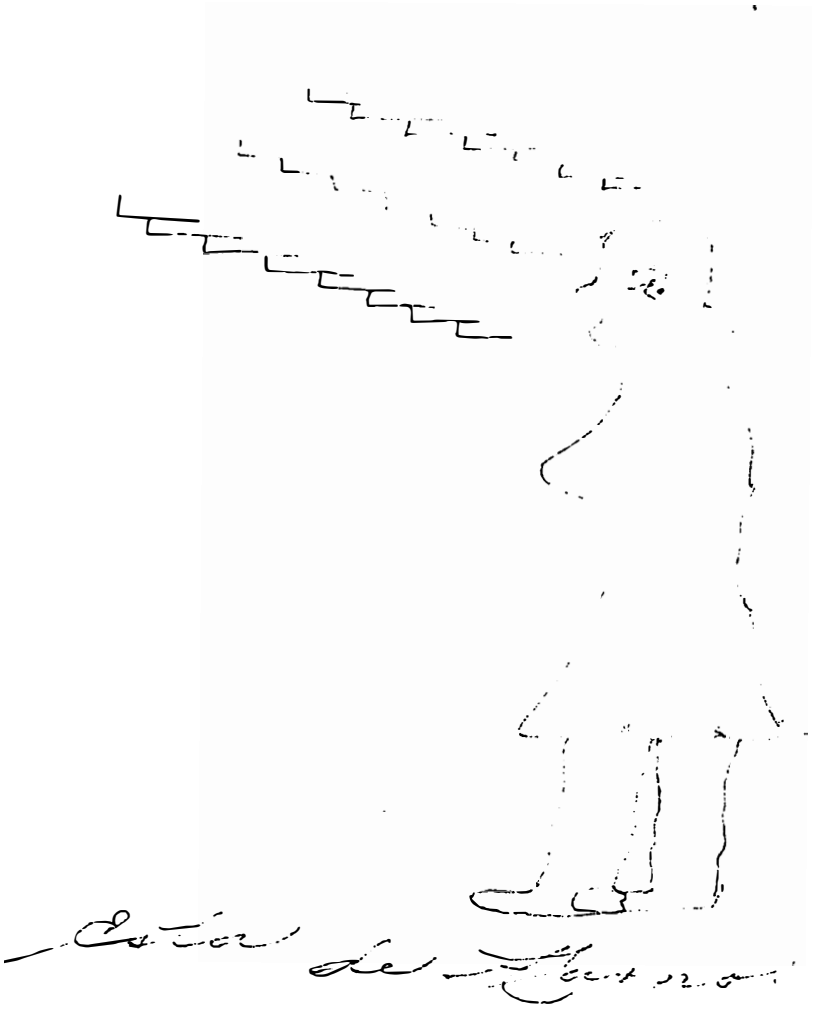
Explicación de Contenido: Esta es una mesa donde pueden sentarse y comer una fruta, un segundo, una sopa, se puede hablar, conversar con la familia. En la mesa cada uno puede decir lo que siente, lo que piensa. Yo le agregué las flores porque se ven bonitas en la mesa. La mesa es un lugar donde comemos y nos sentamos a compartir.

SUJETO EXPERIMENTAL 4
Dibujo de la Figura Humana



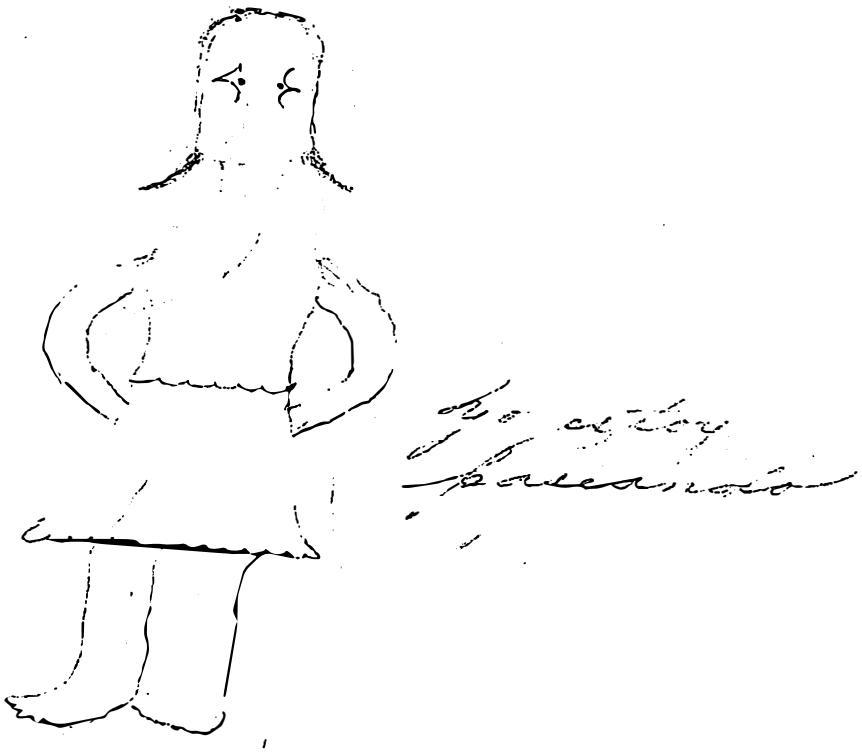
Explicación de Contenido: Un hombre que va por la calle, y va pensativo en la realidad de la vida. Es un hombre preocupado. Lo que le preocupa es la realidad ... ¿Cuál será la realidad de su vida?

SUJETO EXPERIMENTAL 4
Donde me veo dentro de 5 años



Explicación de Contenido: Es una farmacia, donde estoy yo esperando a la gente porque esta farmacia esta de turno. Yo trato de saber cuál es la totalidad de medicinas que se ha recibido en la farmacia, hoy en día se reciben y se venden muchas medicinas de acuerdo a las recetas que traen los pacientes.

SUJETO EXPERIMENTAL 4
Mi niño interior



Explicación de Contenido: Yo estoy paseando. Es mi niña interior. A mi niña interior le gusta ver la naturaleza. Está tratando de buscar mariposas. ¿Sabes? Me trae nostalgia, de mi niñez, me hace acordar de que yo vivía con esa inocencia viendo y buscando mariposas. Cuando encontraba alguna las guardaba en un libro y les mostraba la colección de mariposas lindas a mis amigas del colegio.

SUJETO EXPERIMENTAL 4

Persona bajo la lluvia



Explicación de Contenido: He dibujado a una muchacha que está bajo la lluvia. Este dibujo me hace recordar a lo que es la lluvia. La densidad de la lluvia cuando llueve estrepitosamente es terrible, nos empapa la ropa. Este dibujo es un recuerdo de una muchacha que una vez vi y estaba esperando a que pase la lluvia con sus manos en los bolsillos, hasta que pudo encontrar movilidad.

SUEJTO EXPERIMENTAL 4

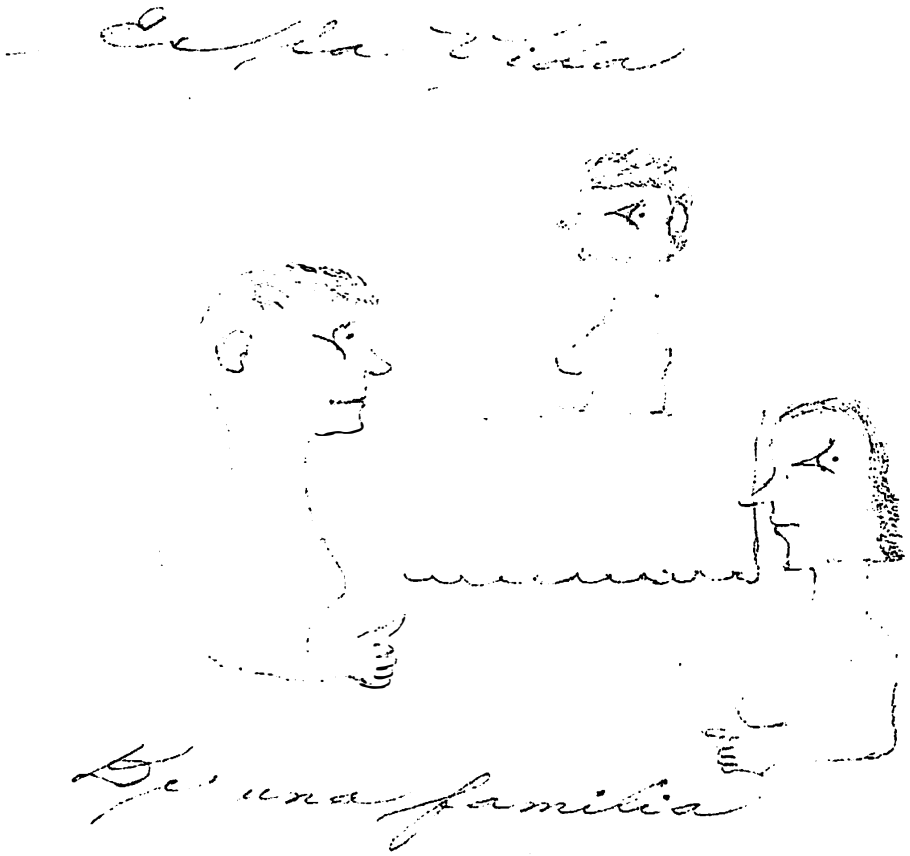
Mis miedos



Explicación de Contenido: He dibujado la vida de un hombre que está en cama muy enfermo y tiene miedo que le llegue la muerte. Esto me hace recordar el sufrimiento, porque cuando se está enferma se sufre mucho en la vida.

SUJETO EXPERIMENTAL 4

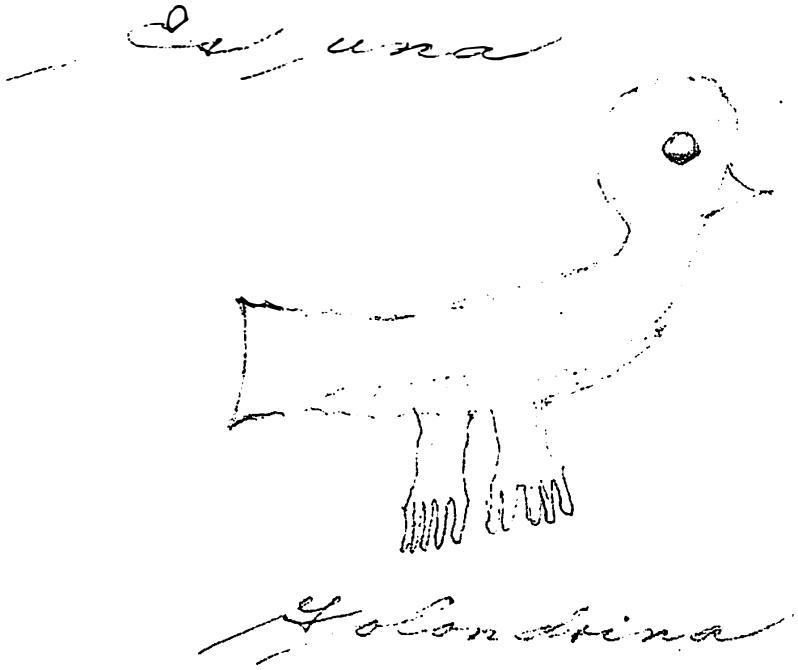
Familia



Explicación de Contenido: La vida de mis seres queridos. La vida de mi madre y la de mi abuelita. Yo estoy aquí con ellas, alrededor de una mesa, para servirnos una taza de café. Me hace sentir mucha nostalgia, las recuerdo mucho. Ellas viven en Cochabamba. A mi mama la recuerdo y a mi abuelita la extraño mucho. Yo me siento sola sin la ternura de mi madre. Por más que hayas vivido la vida, la soledad y la des lación afecta mucho para vivir en la vida.

SUJETO EXPERIMENTAL 4

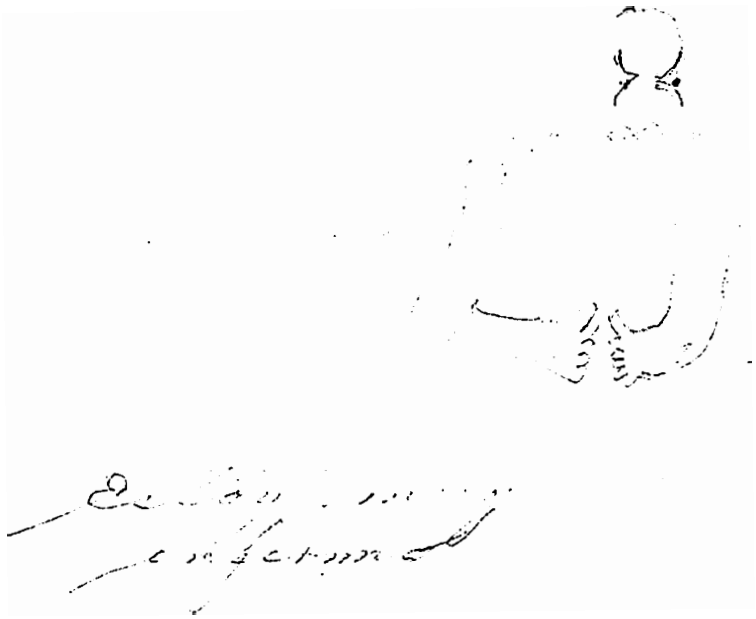
Si fuera un animal



Explicación de Contenido: Dibuje una golondrina porque siempre están a través de la atmosfera, desde lo alto, sea un edificio, un árbol, la serranía, un arbusto. Las golondrinas se posan para ver a la gente desde lejos. Me siento insignificante, porque aunque se parezca a una golondrina, no es una golondrina, pero algo es
algo.

SUJETO EXPERIMENTAL 4

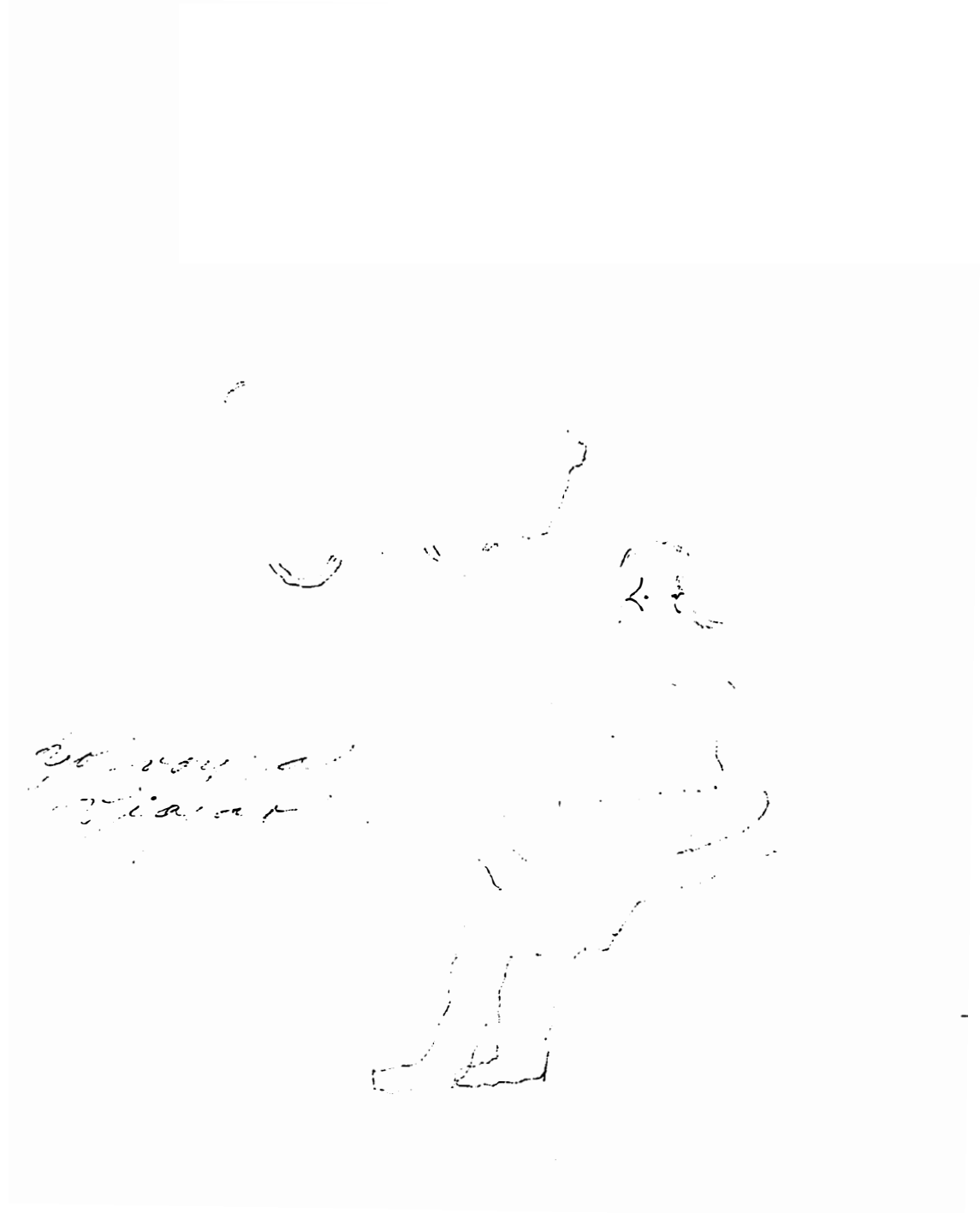
Mi Enfermedad



Explicación de Contenido: A pesar de todo, estar en el hospital me hace sentir tranquila, con la paz de Dios, con la tranquilidad de mi vida me siento.

SUJETO EXPERIMENTAL

Aquello que me hace feliz



Explicación de Contenido: Esta es una mujer esperando el meto para viajar de una ciudad a otra. Yo me estoy acercando apresurada para viajar. Me hace feliz viajar para ver a mi familia, y lo bueno es que el viaje no es muy largo, son solo 8 horas, se viaja en la mañana y se llega en la tarde.

SUJETO EXPERIMENTAL 5

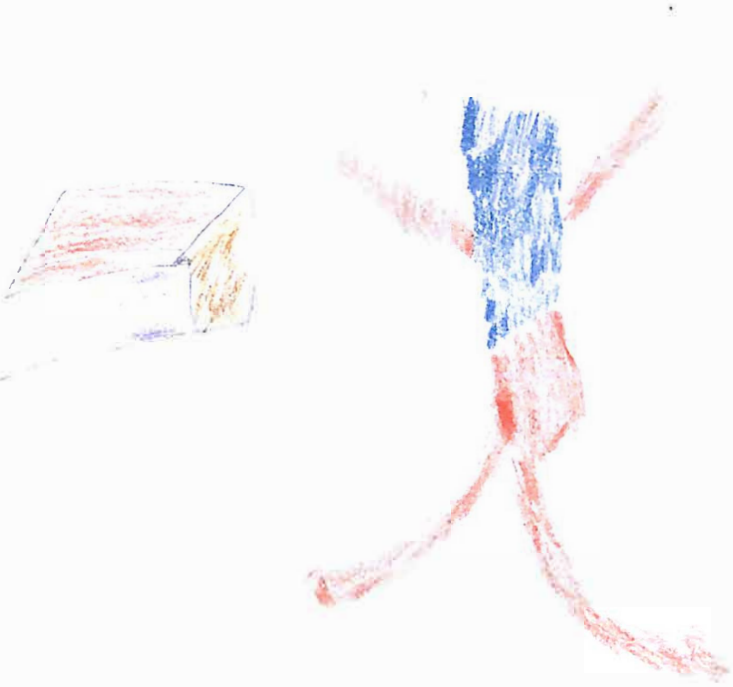
Dibujo de la Figura Humana



Explicación de Contenido: Un gente. Me siento un poco más o menos.

SUJETO EXPERIMENTAL 5

Donde me veo dentro de 5 años



Explicacion de Contenido: Quiero vender galletas en una tienda. Me hace sentir un poco bien, un poco.

SUJETO EXPERIMENTAL 5

Mi niño interior



Explicación de Contenido: No sé, me gustaba desordenar las cosas. Me siento algo mal, cosa feo.

SUJETO EXPERIMENTAL 5

Persona bajo la lluvia



Explicación de Contenido: Un niño. Bajando la lluvia. Me siento mas o menos.

SUEJTO EXPERIMENTAL 5

Mis miedos



Explicación de Contenido: Elefante. Me da miedo porque da miedo. Me hace sentir mal.

SUJETO EXPERIMENTAL 5

Familia



Explicación de Contenido: Una familia. Mi mamá está, mi esposo está. Me hace sentir bien nomás.

SUJETO EXPERIMENTAL 5

Si fuera un animal



Explicación de Contenido: Dibuje perro. Chancho. Chancho. Chanchito. Me siento no tan bien porque no sé.

SUJETO EXPERIMENTAL 5

Mi Enfermedad



Explicación de Contenido: Dibujé un gente aburrido. No me gusta acá

SUJETO EXPERIMENTAL 5

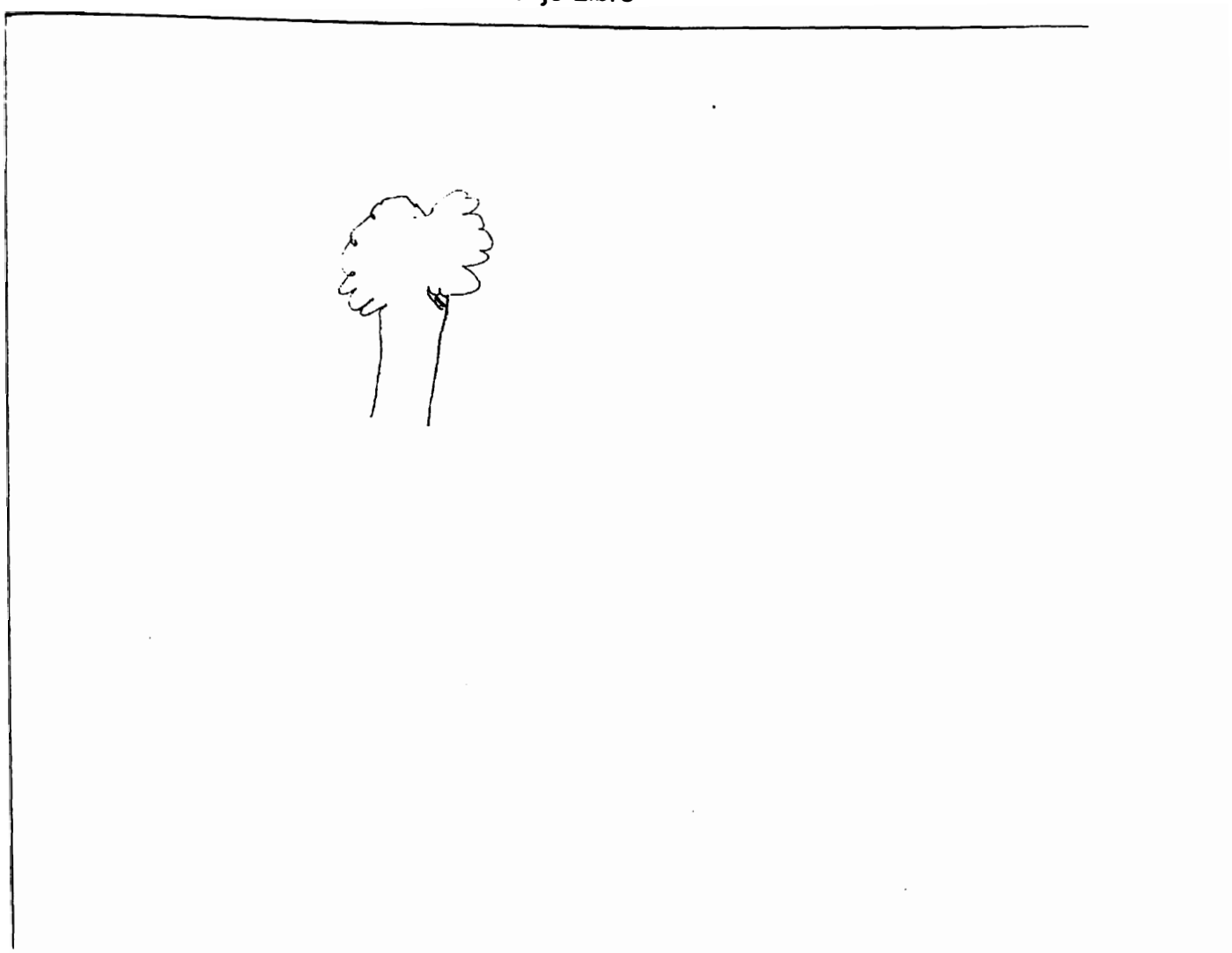
Aquello que me hace feliz



Explicación de Contenido: Un perrito. Me pone contento.

SUJETO EXPERIMENTAL 5

Dibujo Libre



Explicacion de Contendo: Dibuje un arbolito. Bonito y hace feliz. Me hace feliz.

CAPITULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

La esquizofrenia es un trastorno que afecta a gran parte de la población mundial y siendo tan diversos los factores que pueden llegar a causarla. es necesario conocer al respecto, ya que es la falta de información lo que hace que incluso hasta nuestros días, una enfermedad que requiere de tantos cuidados y atenciones, se siga tratando como un tabú, la gente sienta miedo o vergüenza, o no se sepa como colaborar a quienes la padecen con tratamientos adecuados a sus necesidades. Hoy en día se sabe que los pacientes necesitan no solo del tratamiento médico, sino también de un tratamiento desde el punto de vista psicológico.

La razón principal para complementar el tratamiento farmacológico con psicoterapia es que los medicamentos solo tienen efecto sobre los síntomas positivos, pero al complementar con distintas terapias psicológicas puede lograrse también una mejora significativa sobre tos Síntomas Negativos, abarcando todos los aspectos de la enfermedad. Se sabe que el uso del tratamiento multifacético es de gran utilidad porque proporciona las técnicas necesarias para poder enfrentar de mejor manera la vida cuando se reinserten a la sociedad, logrando disminuir las recaídas qomo efecto de la disminución de los síntomas positivos y negativos, incrementando así un ajuste social satisfactorio.

La terapia psicológica no solo ayuda al paciente a un mejor desenvolvimiento dentro de la sociedad, sino que también le da importancia a la capacidad de adaptarse y a desarrollar distintas habilidades tales como las comunicativas, que son indispensables para la disminución de los síntomas negativos.

Los seres humanos nos comunicamos por la necesidad de transmitir necesidades o sentimientos y ponernos en contacto con los demás, ya sea intercambiando ideas o haciendo que estas adquieran sentido o significado.

En este trabajo, se utilizo la arte terapia como mecanismo de expresión del lenguaje en pacientes que padecen esquizofrenia, siendo el arte un vehículo para la mejora del paciente a través del mismo y suponiendo una manera simple de sacar los conflictos al exterior y manejaros de un modo indirecto, transformanadolos de manera creativa.

A través del arte las personas pueden expresar de manera simbólica aquellos conflictos, sentimientos o acontecimientos que generalmente no son fáciles de comunicar con palabras.

En contraste con otras terapias verbales, el usar medios visuales puede ayudar a los pacientes a desbloquear ciertos contenidos utilizando la creatividad y la creación artística. El poder potenciar estos aspectos no verbales ha demostrado ser de mucha ayuda en la situación de los pacientes con esquizofrenia ya que en general es complicado comunicarse con ellos debido a las dificultades que tienen para mantener una conversación coherente con aquellos que le rodean.

La arteterapia se basa en la expresión misma. No todas las personas tienen la capacidad para expresar y comunicar sus emociones a través del lenguaje verbal, por lo tanto el arte representa una herramienta muy útil para hacer catarsis.

Dados los beneficios que proporciona la pintura, se realizó un programa basado en la arteterapia donde los pacientes mejoraron su expresividad logrando desarrollar una forma de expresión distinta.

Para llevar adelante lo descrito, se determinó el nivel de expresividad verbal que los sujetos poseían al iniciar y al finalizar la investigación mediante el uso de la Escala de Sindromes Positivo y Negativo PANSS. Luego de la ejecución del programa de Arteterapia elaborando, se analizaron los resultados obtenidos, siendo cumplidos todos los objetivos de la investigación.

Como puede apreciarse en la explicación de contenido de cada dibujo, todos los pacientes poseían dificultades en la expresión del lenguaje, siendo muy notoria la tangencialidad con la que estos se expresaban , ademas de no seguir una secuencia lógica Y demostrar un patrón de discurso muy indirecto. Dichas dificultades fueron mejorando gradualmente con la aplicación del Programa de Arte terapia, implicando la disminución de Síntomas Negativos y la mejora en la expresión del lenguaje.

Al inicio del programa los participantes respondían a la guía de preguntas de manera casi monosilábica, y a pesar de ser muy notorios sus problemas de expresión, demostraron importantes avances, logrando revelar sus sentimientos en cada dibujo, evocando recuerdos, proyectándose al futuro y exponiendo distintas partes de sí mismos.

Es importante tomar en consideración, los temas de cada dibujo y los objetivos que se pretenden con el mismo, a fin de saber lo que se procura lograr en cada sesión, además de estar consciente de lo que puede llegar a remover en cada sujeto. Un claro ejemplo de esto, fue durante la sesión 5, cuando el Sujeto 1 al realizar la explicación de contenido, comenzó a mostrar comportamientos extraños, que pueden insinuar la presencia de un episodio psicótico debido a la evocación y expresión de un contenido no grato para la persona.

En el caso del Sujeto puede notarse que fue quien más dificultades presentó, siendo su lenguaje muy circunstancial, y teniendo la necesidad de repetirle la misma consigna varias veces porque se salía de curso constantemente, hasta el punto de olvidar cual era la idea central, haciendo complicado comunicarse, pero logrando demostrar progreso conforme asistía a las sesiones.

El participante que demostró mayor introspección fue el Sujeto 3, quien dentro de la explicación de contenido de cada dibujo realizado, expresó claramente sus sentimientos, así como recuerdos y anhelos. Un buen ejemplo de esto puede distinguirse en el dibujo de su niño interior, donde además de lo mencionado hace una gran proyección y logra identificarse completamente con el dibujo realizado.

El Sujeto 4 fue quien menos problemas de expresión presentó, pudiendo responder a la guía de preguntas con facilidad y sin mayores problemas al expresar todo lo esperado; a diferencia del Sujeto 5, quien mantuvo la mayor cantidad de Síntomas Negativos a lo largo de todo el programa, haciendo dificultosa la expresión del contenido de los dibujos y la comunicación en general.

Cabe mencionar, que a pesar de la corta duración de la aplicación del Programa de Arteterapia, los resultados obtenidos fueron positivos, lo cual implica que los resultados serían de mayor impacto al realizar una aplicación de mayor duración.

A partir de los resultados puede concluirse que la hipótesis planteada se confirma ya que con la implementación del programa de arteterapia se logró mejorar la expresión del lenguaje en los pacientes que padecen esquizofrenia del Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios".

El taller de pintura que se implementó, permitió a los pacientes no solo expresarse libremente, sino también ordenar sus pensamientos y estimular la creatividad.

Los participantes mantuvieron en general una actitud positiva y colaboradora durante toda la investigación. Uno de los beneficios obtenidos que no se esperaba fue la motivación y la estructuración espacial y temporal. Hubo adherencia y recurrencia de los pacientes, quienes esperaban cada día a la hora correspondiente para comenzar a trabajar en la sesión.

El vínculo formado entre los pacientes y el investigador fue muy importante para la investigación, ya que la intervención terapéutica ayudó en gran medida a que los pacientes estructuren sus horarios y orden en general.

Finalmente se puede decir que el entusiasmo por asistir, las ansias con las que esperaban las sesiones, la alegría puesta de manifiesto durante las mismas, la mejora de los síntomas negativos que demostraban los pacientes día a día; así como el vuelco de la percepción de la realidad en los dibujos y la manifestación de algunos sentimientos, es la mejor demostración del éxito de la teoría y las técnicas aplicadas en esta investigación.

5.2 Recomendaciones

Dentro de cualquier investigación en psicología, siempre se desea que haya una mejora continua de la misma; por lo tanto se recomienda a futuros estudiantes que tengan interés en el proyecto, la aplicación del mismo durante un período más largo de tiempo para la obtención de mejores resultados. También sería recomendable el hacer uso de distintos materiales con el fin de que los participantes en el programa de arteterapia puedan aprender y utilizar diferentes técnicas que les ayuden a expresarse de mejor manera.

Un taller de pintura como el que se implementó en esta investigación, podría ser beneficioso para el Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios", puesto que a pesar de contar con distintas modalidades de atención, no cuentan con ningún programa donde los pacientes puedan mejorar su expresividad, haciendo que el tratamiento no solo sea centrado en la parte farmacológica, sino también proporcionar apoyo psicológico con terapias que beneficien a la persona logrando mantenerla ocupada y además disminuyendo los síntomas de su enfermedad.

El Centro de Rehabilitación y Salud Mental "San Juan de Dios", cuenta con un espacio que se dedica completamente a las Terapias Integrales, donde los pacientes pueden leer, bailar, escribir, ejercitarse, etc., lo cual resulta muy beneficioso ya que las personas mantienen su tiempo ocupado, realizando actividades de su elección y aprendiendo cosas que le interesen. La parte negativa de esto, es que existen pacientes que por algún motivo u otro no salen de la comunidad en la que se encuentran, haciéndoles más difícil hallar alguna actividad dentro de la misma. Sería recomendable poder realizar alguna terapia, similar al programa implementado, dentro de cada comunidad y así poder llevarla a aquellos que carecen de actividad, y puedan beneficiarse de igual manera.

Referencias Bibliográficas

Alcalá, José Ramón y Ariza, Javier. (2004). Explorando el laberinto: creación e investigación en torno a la gráfica digital a comienzos del siglo XXI. Universidad de Castilla: La Mancha.

American Psychiatric Asssociation. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV (4º ed.). Washington o.e. Masson S.A: Autor.

Arieti, S. (1976). Creativity: The Magic Synthesis. Nueva York: Basic Books.

Asociación Mundial de Psiquiatría. (2007). La esquizofrenia abre las puertas: Autor.

Asociación Vizcaína de familiares y personas con enfermedad mental (2008). Apuntes A V/FES sobre esquizofrenia. Bilbao: Autor.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología: Tomo I. Madrid, España: McGraw-Hill

Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995). Manual de Psicopatología: Tomo 11. Madrid, España: McGraw-Hill.

Bennasar, Roca M. (2010). Trastornos Psicóticos. Barcelona: Lexus .

Burns, N. y Grave, S. (2005). Investigación en Enfermería (3ra ed). España: Elsevier.

Cirlot, E. (2006). *Diccionario de Símbolos.* España: Siruela.

Coll Espinoza, F. y Barragán Rodríguez, J. (2006). *Arteterapia: Dinámicas entre creación y procesos terapéuticos.* España: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.

Confederación española de agrupaciones de familiares y enfermos mentales FEAFES. (2008). Guía de Estilo: Salud mental y medios de Comunicación: Autor.

Dalley, T. (1987). El Arte como Terapia. Barcelona: Herder.

Danhke, G. (1986). *Investigación y Comunicación.* México: McGraw-Hill.

Davini, Gellon de Salluzi, Rossi. (1968). Psicología General. Argentina: Kapelusz.

Eco, Umberto. (1990). *La definición del arte.* Argentina: Martínez Roca.

Edwards, D. (2004). *Art Therapy*. London: Sage

Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA). (2008). Bolivia: Autor

Ferrer, E. (1994). *El lenguaje de la Publicidad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Fonseca, S. (2005). *Comunicación Oral: Fundamentos y Práctica Estratégica*. México: Pearson Educación.

Foucault, Michel. (1986). *Historia de la Locura en la Época Clásica.,* México: Fondo de Cultura Económica.

Gil, D., Bengochea, R., Arrieta, M., Fernández, M., Alvarez, A., Sánchez, R., Prat, R. y Arce, A. (2009). Validez del factor cognitivo de la PANSS como medida del rendimiento cognitivo en esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental.vol 2, n.4.* España: Elsevier.

Giraldo, J. (2006). *Manual para los seminarios de Investigación en Psicología: Profundización conceptual y textual.* Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia.

Goffman, E. (1970). *Internados.* Buenos Aires: Amorrortu.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación.* México: McGraw-Hill.

Jaspers, K. (1968). *Genio y Locura.* Madrid, España: Juan Bravo.

Jiménez, P., Ramos, F. y Sanchís, C. (1995). *Las esquizofrenias: Aspectos Clínicos*. Madrid, España: McGraw-Hill.

Kay S.R., Opler L.A. y Lindenmayer J.P. (1987). *Reliability and validity of the Positive and Negative Sybdrome Scale for schixophrenics.* Psychiatry Res, 23: 99-110.

Lieberman, J., Stroup, S y Perkins, D. (2010). *Tratado de Esquizofrenia.* Barcelona: Lexus.

Lombroso, C. (1882). *Uomodi Genio.* Turín.

López Pousa, S. (2010). *Arte y Cerebro.* Murcia: Fundación AlzheimUr.

Lyotard, J.F., (1960). *La Fenomenología.* Buenos Aires, Argentina: Universitaria de Buenos Aires.

Mendizábal, G. (2002). *Historia de la Salud Pública en Bolivia: De las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud. Bolivia: Prisa*

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Modelo de Atención a personas con Enfermedad Mental Grave.* España: IMSERSO.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente.* España: Autor.

Ministerio de Sanidad y Consumo/ Organización Mundial de la Salud. (1998). *Glosario de Promoción de la Salud:* Autor.

Morris, C. (1985). *Fundamentos de la Teoría de los Signos*. Barcelona: Paidos.

National Institute for Clinical Excellence National (NICE). (2008). *Draft full guideline for consultation*: Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946).

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud:* Autor.

Organización Mundial de la Salud OMS. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud. (1992). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. *Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Ginebra (Suiza): Índice Internacional y Diccionario de la Rehabilitación y de la Integración Social.

Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre Salud Mental en el mundo. *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*: Autor.

Ortiz, Luis A., Ballesteros, Jorge C. y Carrasco Manuel M. (2006). *Psiquiatría geriátrica. España: Elsevier*

Peralta V, Cuesta M. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome seale (PANSS) in schizophrenia. Psychiatry Res. 53, 31-40.

Peralta V. y Cuesta M. (1994). Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría. 22, 171-177.

Plan Nacional de Salud Mental 2009-2015. Movilizados por el Derecho a la Salud y a la Vida. Publicación 151. Serie: Documentos Técnico- Normativos. la Paz, Bolivia. 2009

Rodríguez Moguel, Ernesto A. (2005). Metodología de la investigación. México.

Ruddy, R. y Milnes, D. (2005). Art Therapy for Schizophrenia or Schizophrenia like Illness. Cochrane Database Syst Rev.

Salkind, N. (1998). *Métodos de investigación* 3ra Edición. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S.A

Sarason, I., Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología Anormal: El problema de la conducta inadapta.* México: Pearson Educación.

Sarra N. (1998). *Connection and disconnection in the art therapy group. Working with forensic patients on the locked ward. Art psychotherapy groups. Between pictures and words.* London & New York: Routledge, In: Skaife S, Huet V, editor(s).

Seligman, M. (1991). *El optimismo aprendido.* New York: Knopf

Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad.* España: Vergara.

Storr, A. (1972). *The Dynamics of Creation.* Nueva York: Atheneum.

Touriño, R; Inglott, R., Baena, E. y Fernandez, J. (2004). *Guía de Intervención familiar en la Esquizofrenia.* Barcelona: Glosa.

Ulman, E. 1961 ver pág. 40

Ulmann, G. (1968). *Kreativitat.* Berlín: Weinheim.

Vallejo, J. (2006). *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría.* España: Elsevier.

Vidales, Laura C. (1997). *Arte y Psicopatología.*

Von Knorring L, Lindströmöm E. (1992). *The Swedish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia.* Acta Psychiatr Scand 86: 463-8.

Winicott, D. (2000). *Realidad y Juego.* Barcelona: Gedisa.

Información en Línea:

American Art Therapy Association (AATA). Acceso: 19 de Noviembre 2012. Disponible en: http://www.arttherapy.org/about.html

Asociación Argentina de Arteterapia. (2009). Buenos Aires, Argentina. Acceso: 08 de Marzo de 2012. Disponible en: http://www.asoarteterapia.org.ar/arteterapia.php

Asociación Chilena de Arte Terapia (ACAT). Acceso: 15 de Noviembre 2012. Disponible en: http://arteterapia-chile.blogspot.com

Belda, C. (2011). *Taller sobre el dibujo Libre.* Sociedad Española de Grafología. Acceso: 18 de Agosto de 2013. Disponible en: http://grafologiabegomardones.blogspot.com/2011/02/taller-sobre-el-dibujo-libre.html

British Association of Art Therapists (BAAT). Acceso: 15 de Noviembre 20012. Disponible en: http://www.baat.org

Calero, G. (2008). Acceso: 17 de agosto de 2013. Disponible en: http://grafologiabegomardones.blogspot.com/2011/02/taller-sobre-el-dibujo-libre.html

Carrazana, V. (2002). *El concepto de salud mental en psicología humanista existencial.* Vol. 1 (1). Revista electrónica. Ajayu. Universidad católica Boliviana "San Pablo". Acceso: 29 de Marzo de 2013. Disponible en: http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v1n1/v1n1a01.pdf

Centro de Formación en Técnicas de Evaluación Psicológica. *Dibujo de la Figura Humana.* Argentina. Acceso: 15 de Agosto de 2013. Disponible en: http://www.angelfire.com/ak/psicologia/dfh.html

Cilento, E. (2001). *Apuntes sobre Dibujo-Color-Musica-Autoayuda. Acceso: 12 de Febrero de 2011.* Disponible en: http://www.elalmanaque.com/biblioteca/apuntes.pdf

De la Llera, E. y Guibert, W. (2000). *Revista Cubana de Medicina General Integral.* Vol.16 N°3. Las Terapias como Recursos Artísticos: Su utilidad en la Atención Primaria de Salud. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252000000300013&script=sci_arttext

Dignity Health: Sierra Nevada Memorial Hospital. *Trastornos de Salud Mental: Esquizofrenia.* Acceso: 04 de Octubre de 2013. Disponible en: http://www.sierranevada.staywellsolutionsonline.com/spanish/diseasesconditions/Adult/MentalHealth/85.P03855

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Programa de capacitación en Preparación para Desastres.* Guatemala. Acceso: 15 de Abril de 2013. Disponible en: http://desastres.usac.edu.gt/documentos/pdf/spa/doc16286/doc16286-b.pdf

Foro Iberoamericano de Arteterapia, FIA. Disponible en: http://www.arteterapiaforo.org/

García, C. Dibujar los Miedos, una buena ayuda para los niños. *Revista Digital Edúcame: Educación Emocional Infantil.* España. Acceso: 18 de Agosto de 2013. Disponible en: http://edukame.com/dibujar-los-miedos-una-buena-ayuda-para-los-ninos#

Hetz, E. (2007). Técnicas de Diagnóstico y Evaluación Psicológica. *Test del dibujo de la familia.* Acceso: 12 de Octubre de 2013. Disponible en: http://www2.udec.cl/~erhetz/privada/Tecnicas/Dibujo_familia.pdf

Laing, J. (1974). Art Therapy: Painting out the puzzle of the inner mind. *New Psychiatry n.6.*

Maldonado, M. (2002). *Test Persona bajo la Lluvia.* MLM Consultoras. Acceso: 15 de Agosto de 2013. *Disponible en:* http://www.infogerontologia.com/documents/miscelanea/test_evaluacion/testpersonabajolalluvia.pdf

Moreno, M. Nueva Psicología. *Terapia del niño interior.* Acceso: 05 de Noviembre de 2013. Disponible en: http://www.nuevapsicologia.net/index.php?option=com_content&view=article&id=99&Itemid=82

Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Provincia Sudamericana Meridional. Acceso: 05 de Junio de 2013. Disponible en: http://www.hsjd.org/orden.php

Organización Mundial de la salud, *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.* Ginebra (Suiza) 2001. Equipo de Clasificación, Evaluación, Investigación y Terminología. Acceso: 24 de Junio de 2013. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/9243545426_(part1).pdf

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS. (2008). *Informe sobre el sistema de Salud Mental en Bolivia.* Acceso: 06 de Junio de 2013. Disponible en: *http://www.ops.org.bo/textocompleto/mental32367.pdf*

Quiroz, A. *Test del dibujo de Familia: ¿Cómo usarlo en atención primaria? Acceso: 18 de Agosto de 2013. Disponible en:* http://medicinafamiliar.uc.cl/html/articulos/114.html

Rivera, G. (2008). *Panorama de la Salud Mental en Bolivia.* Acceso: 15 de Abril de 2013. Disponible en: http://www.psiquiatriasur.cl/portal/modules/wfdownloads/singlefile.php?cid=2&lid=303

Romero, R., Poves, S. y Vucinovich, N. (2001). Terapia de activación conductual para la depresión: Aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de la Conducta, vol. 37,* Nº 155-156, 65-75. Acceso: 12 de Julio de 2012. Disponible en: *www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/download/.../1788*

Rosselli Quijano, A. (2002). Evolución del Lenguaje. *Revista Medicina.* Acceso: 11 de Octubre de 2013. Disponible en:

http://investigaciondario.weebly.com/uploads/1/0/1/0/10103887/evolucin_del_lenguaje.pdf

Sanz-Aranguez, B. y Del Río, M. (2010). *La creación artística como tratamiento de la esquizofrenia: Una aproximación metodológica.* España. Acceso: 15 de Abril de 2013. Disponible en: http://archivosdepsiquiatria.es/index.php?journal=adp&page=article&op=viewPDFInterstitial&path%5B%5D=34&path%5B%5D=35

Shuttleworth, M. (2009). *Sesgo de investigación.* Acceso: 10 de Julio de 2013. Disponible en: http://explorable.com/es/sesgo-de-investigacion

The University of Chicago Medical Center. *Esquizofrenia.* Acceso: 14 de Julio de 2013. Disponible en: http://www.uchospitals.edu/online-library/content=S03855

Universidad Complutense de Madrid. *Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.* España. Acceso: 29 de Marzo de 2013. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/ESQUIZOFRENIA/ESCALA%20DE%20SINDROMES%20POSITIVO%20Y%20NEGATIVO/PANNS_P.pdf

Vassiliadou, M. (2001). *La expresión plástica como alternativa de Comunicación en pacientes Esquizofrénicos: Arte Terapia y Esquizofrenia.* Memoria para optar al Grado de Doctor. Facultad de Bellas Artes. Universidad Complutense de Madrid. España.

Zenil, B. y Alvarado, S. (2007). La terapia del arte como herramienta psicoterapéutica en pacientes con cáncer. *Revista Neurología: Neurología y Psiquiatría*. 40 (2). Abr-May: 56-63

Anexo 1. Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)

Escala de Síndromes Positivo y Negativo (PANSS)

Identificación: **Fecha**:

ESCALA POSITIVA

P1. **DELIRIOS.**

Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas.

***Bases para la valoración**: los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y en la conducta.*

1. ***Ausente:*** No aplicable.

2. ***Mínimo:*** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. ***Leve***: Presencia de uno o dos delirios vagos, sin cristalizar y que no se mantienen tenazmente. Los delirios no interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.

4. ***Moderado:*** Presencia de un conjunto caleidoscópico de delirios inestables escasamente formados e inestables, o bien de unos pocos delirios bien formados que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.

5. ***Moderadamente grave:*** Presencia de numerosos delirios bien formados que se mantienen tenazmente y que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.

6. ***Grave***: Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente sistematizados, tenazmente mantenidos y que interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.

7. ***Extremo***: Presencia de un conjunto estable de delirios que están altamente sistematizados o son muy numerosos, y que dominan facetas principales de la vida del paciente. Frecuentemente, esto tiene como resultado acciones inadecuadas e irresponsables, que pueden incluso poner en peligro la vida del paciente o la de otros.

P2. **DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL**.

Proceso desorganizado de pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento.

Bases para la valoración*: Los procesos cognitivo-verbales observados durante la entrevista.*

1. ***Ausente***: No aplicable.

2. ***Mínimo:*** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. ***Leve:*** El pensamiento es circunstancial, tangencial o para-lógico. Existen algunas dificultades para dirigir el pensamiento hacia un objetivo, y puede manifestarse, bajo situaciones de presión, una cierta debilitación de las asociaciones.

4. ***Moderado:*** Es capaz de concretar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero pasa a ser vago o incoherente al afrontar comunicaciones más complejas o en situaciones de una mínima presión.

5. ***Moderadamente grave:*** *Generalmente tiene dificultades para organizar los pensamientos, como se pone de manifiesto en frecuentes incoherencias, inconsistencias o debilitación de las asociaciones incluso en ausencia de presión.*

6. *Grave: El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, lo que produce grandes incoherencias y perturbación de los procesos de pensamiento, fenómenos que aparecen casi constantemente.*

7. Extremo: Los pensamientos están perturbados hasta el punto de que el paciente resulta incoherente. Existe una notable debilitación de las asociaciones, cosa que origina una total imposibilidad de comunicación, por ejemplo, la 'ensalada de palabras" o el mutismo.

P3. **CONDUCTA ALUCINATORIA**.

Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático.

***Bases para la valoración**: Las explicaciones verbales y las manifestaciones físicas durante la entrevista. Así como las informaciones sobre la conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.*

1. ***Ausente:*** No aplicable.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. Leve: Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o bien una serie de percepciones difusas y anormales que no provocan distorsiones del pensamiento o de la conducta.

4. Moderado: Las alucinaciones se producen de manera frecuente pero no continua, Y la capacidad de pensamiento y la conducta del paciente se ven afectadas sólo en menor medida.

5. Moderadamente grave: Las alucinaciones son frecuentes, puede intervenir en ellas más de un sentido, y tienden a distorsionar el pensamiento y/o a perturbar la conducta. El paciente puede plantear una interpretación delirante de estas experiencias y responder a ellas emocionalmente y, en ocasiones, también verbalmente.

6. Grave: Las alucinaciones se producen de manera casi continua y causan grandes perturbaciones del pensamiento y la conducta. El paciente reacciona ante estas

alucinaciones como si fueran percepciones, y su funcionamiento se ve dificultado por frecuentes respuestas emocionales y verbales a dichas alucinaciones.

7. ***Extremo:*** El paciente está casi totalmente obsesionado con las alucinaciones, las cuales virtualmente dominan el pensamiento y la conducta. Se da a las alucinaciones una interpretación rígida y delirante y provocan respuestas verbales y *de* conducta, que incluyen la obediencia a órdenes presuntamente recibidas durante las alucinaciones.

P4. **EXCITACIÓN.**

Hiperactividad, que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de ánimo. ***Bases para la valoración****: La conducta manifestada durante la entrevista, así como las informaciones sobre su conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia*.

1. ***Ausente:*** No aplicable.

2. ***Mínimo:*** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. ***Leve:*** Tiende a sentirse ligeramente inquieto, en un excesivo estado de alerta, *o* moderadamente sobre-estimulado durante toda la entrevista, pero sin episodios claros de excitación ni una gran inestabilidad de ánimo. El habla puede ser ligeramente nerviosa.

4. ***Moderado:*** El nerviosismo o sobre-estimulación es claramente evidente a lo largo de la entrevista, y afectan al habla y la movilidad general, o se producen esporádicamente accesos episódicos.

5. ***Moderadamente grave:*** Se observa un grado significativo de hiperactividad 0frecuentes accesos de la actividad motriz. En cualquier momento, al paciente le resulta difícil permanecer sentado y sin moverse durante más de unos pocos minutos.

6. ***Grave:*** Un notable nerviosismo domina la entrevista, limita la atención y, hasta cierto punto, afecta las funciones personales, como la alimentación y el sueño.

7. ***Extremo:*** Un notable nerviosismo interfiere seriamente con la alimentación y el sueño y hace virtualmente imposibles los contactos interpersonales. La aceleración del habla y la actividad motriz puede producir incoherencia y agotamiento físico.

P5. **GRANDIOSIDAD.**

Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidad extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral.

Bases para la valoración*: Los pensamientos expresados durante la entrevista y su influencia sobre la conducta.*

1. ***Ausente:*** No aplicable.

2. *Mínimo: Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.*

3. *Leve: Es evidente una cierta expansividad y ostentación, pero sin delirios de grandeza bien definidos.*

4. ***Moderado:*** Se siente clara e ilusoriamente superior a los demás. Pueden existir algunos delirios poco definidos sobre una condición social o unas capacidades especiales, pero el paciente no se ve afectado.

5. ***Moderadamente grave:*** Se expresan delirios bien definidos sobre unas capacidades y un poder y condición social extraordinarios que influyen en la actitud, pero no en la conducta.

6. ***Grave:*** Se expresan delirios definidos sobre una superioridad extraordinaria que se refieren a más de un parámetro (riqueza, conocimientos, fama, etc.) e influyen en las interacciones, que pueden verse afectados.

7. ***Extremo:*** El pensamiento, las interacciones y la conducta están dominados por múltiples delirios sobre capacidades, riqueza, conocimientos, fama, poder y/o talla moral extraordinarios, que pueden tomar un cariz extravagante.

P6. **SUSPICACIA/PERJUICIO**

Ideas irreales o exageradas de persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretendan hacerle daño.

Bases para la valoración*: Los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia sobre la conducta.*

1. ***Ausente:*** No aplicable.

2. ***Mínimo:*** Patología dudosa; pueda estar en el extremo superior de los límites normales.

3. ***Leve:*** Presenta una actitud recelosa o incluso abiertamente desconfiada, pero el pensamiento, las interacciones y la conducta se ven mínimamente afectados.

4. ***Moderado:*** La desconfianza as claramente evidente y se manifiesta en la entrevista y/o en la conducta, pero no hay pruebas de delirios persecutorios. Alternativamente, puede haber indicios de delirios persecutorios poco definidos, pero éstos no parecen afectar la actitud ni las relaciones interpersonales del paciente.

5.Moderadamente grave: El paciente muestra una notable desconfianza, lo que perturba gravemente las relaciones interpersonales, o bien existen delirios persecutorios bien definidos que tienen un impacto limitado en las relaciones interpersonales y la conducta.

6. ***Grave:*** Delirios de persecución penetrantes y bien definidos, que pueden sistematizarse e interferir significativamente con las relaciones interpersonales.

7. Extremo: Una red de delirios persecutorios sistematizados domina el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta del paciente.

P7. **HOSTILIDAD.**

Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, que incluyen sarcasmos, conducta pasiva-agresiva, insultos y violencia física.

***Bases para la valoración**: La conducta interpersonal observada durante la entrevista y las informaciones aportadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.*

1. ***Ausente:*** No aplicable.

2. ***Mínimo:*** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.

3. ***Leve:*** Manifestaciones indirectas o reprimidas de ira, como sarcasmos, faltas de respeto, expresiones hostiles, e irritabilidad ocasional.

4. ***Moderado:*** Presenta una actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.

5. ***Moderadamente grave:*** El paciente es altamente irritable y, ocasionalmente, puede proferir insultos o amenazas.

6. ***Grave:*** La falta de cooperación y los insultos o amenazas se manifiestan notablemente durante la entrevista y tienen un serio impacto sobre las relaciones sociales. El paciente puede comportarse de manera violenta y destructiva, pero no se manifiesta violencia física hacia los demás.

7. ***Extremo:*** La ira es muy acusada y provoca una total falta de cooperación y el rechazo de la interacción con los demás, o bien episodio(s) de violencia física hacia los demás.

ESCALA NEGATIVA

N 1. EMBOTAMIENTO AFECTIVO.

Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación. Bases para la evaluación: observaciones de fas manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.

1. ***Leve:*** Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen
2. Ausente: La definición no es aplicable
3. Mínimo: Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales

ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.

4. ***Moderado:*** Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.

5. Severamente moderado: El afecto es generalmente "apático" con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.

6. Severo: Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.

7.Extremo: Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de "madera'.

N2. RETRACCIÓN EMOCIONAL.

Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos. Bases para la evaluación: Informe por parte de los trabajadores sociales o de las

familias sobre el funcionamiento del paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.

1. ***Ausente:*** La definición no es aplicable

2. ***Mínima:*** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales

3. ***Leve:*** Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.

4. ***Moderada:*** El paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.

5. ***Severamente Moderada:*** El paciente s está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.

6. ***Severa:*** Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el paciente necesita supervisión

7. ***Extrema:*** Paciente casi totalmente aislado, incomunicativo, y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

N3. **POBRE RELACIÓN.**

Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal. ***Bases de valoración****: conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.*

1. ***Ausencia:*** La definición no es aplicable

2. ***Mínima:*** Patología cuestionable: puede estar en el extremo de los límites normales

3. ***Leve:*** La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.

4. ***Moderada:*** El paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés.

5. ***Severamente Moderada:*** La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.

6. ***Severa:*** El paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.

7. ***Extrema:*** Falta de implicación total con el entrevistador. El paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

N4. **RETRACCIÓN SOCIAL, APATÍA PASIVA.**

Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas.

Bases de valoración: informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.

1. ***Ausencia:*** La definición no es aplicable

2. ***Mínima:*** Patología cuestionable: Puede estar en el extremo de los límites normales.

3. ***Leve:*** Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa. Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.

4. ***Moderada:*** Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.

5. ***Severamente Moderada:*** Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.

6. ***Severa:*** Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales.

7. ***Extrema:*** Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

N5. **DIFICULTAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO.**

Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema. ***Bases de valoración****: respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.*

1. ***Ausente:*** La definición no es aplicable

2. ***Mínima:*** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.

3. ***Leve:*** Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente.

4. **M**oderada: Normalmente utiliza un modo concreto. **T**iene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. **T**iende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.

5. **S**everamente **M**oderada: **T**rata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.

6. ***Severa:*** Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacuo o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas

7. ***Extrema:*** Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incomprensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

N6. **FALTA DE ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ DE LA CONVERSACIÓN**

Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal. ***Bases de evaluación:*** *Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.*

1. ***Ausente:*** La definición no es aplicable

2. ***Mínima:*** Patología cuestionable. Puede estar en el extremo de los límites

3. Leve: La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los pacientes tiende a ser breve y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.

4.Moderada: Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.

5. Severamente Moderada: El paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases.

6. ***Severa:*** Las respuestas del paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: "no sé, no tengo libertad para opinar"). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria.

7. ***Extrema:*** La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

N7. **PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO.**

Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril. La ***base para la evaluación****: procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:*

1. ***Ausente:*** La definición no es aplicable

2. ***Mínima:*** Patología cuestionable. Puede estar en el extremo máximo de los límites normales.

3. ***Leve:*** Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.

4. ***Moderada:*** La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.

5. ***Severa Moderadamente:*** El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.

6.severa: Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación.

7., Extrema: Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del paciente.

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL

PG1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS.

Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna.

Bases para la valoración: *contenido del pensamiento expresado en la entrevista.*

1. ***Ausente***: No cumple la definición.

2. ***Mínimo***: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero:*** Preocupaciones acerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.

4. ***Moderado***: Quejas a cerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.

5. ***Moderado severo:*** El paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones acerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el paciente manifiesta uno o dos claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.

6. Severo: El paciente manifiesta uno o más delirios somáticos pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del paciente sobre estos temas.

7. Extremo: Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somático pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del paciente.

PG2. **ANSIEDAD.**

Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico.

Bases para la valoración: *comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación de las correspondientes manifestaciones físicas.*

1. ***Ausente*:** No cumple la definición.

2. ***Mínimo*:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero*:** Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.

4. ***Moderado*:** El paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.

5. ***Moderado severo:*** El paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.

6. ***Severo*:** Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.

7. ***Extremo:*** La vida del paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual está casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

PG3. **SENTIMIENTOS DE CULPA.**

Remordimientos o autorreproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado. ***Bases para la valoración:*** *comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.*

1. ***Ausente*:** No cumple la definición.

2. ***Mínimo*:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero*:** Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el paciente no está claramente afectado.

4. ***Moderado*:** El paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.

5. ***Moderado severo*:** El paciente expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.

6. ***Severo*:** Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El paciente cree que debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.

7. ***Extremo:-*** La vida del paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los demás a actos realizados por el propio paciente.

PG4. TENSIÓN MOTORA.

Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.

1 _ Ausente: No cumple la definición.

2· Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos.

4. Moderado: Clara apariencia nerviosar tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.

5. ***Moderado severo*:** Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.

6. ***Severo*:** Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.

7. ***Extremo*:** La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

PG5. **MANIERISMOS Y POSTURAS.**

Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante. ***Bases para la valoración****: Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.*

1. Ausente: No cumple la definición.
2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
3. Ligero: Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.

4. Moderado: La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el paciente mantiene una postura artificial.

5. Moderado severo: Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.

6. ***Severo:*** Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.

7. ***Extremo:*** El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

PG6. **DEPRESION**.

Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo.

Bases para la valoración: *manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.*

1. ***Ausente:*** No cumple la definición.

2. ***Mínimo:*** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero:*** El paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.

4.Moderado: Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre l a conducta o el funcionamiento social y el paciente puede ser generalmente animado.

5. ***Moderado severo:*** Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. El paciente no puede ser fácilmente animado.

6. ***Severo:*** Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así corno de la motricidad y de las funciones sociales con posibles signos de auto-abandono.

7. ***Extremo:*** Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, auto-abandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

PG7. **RETARDO MOTOR.**

Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor.

Bases para la valoración: *manifestaciones durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario y de la familia.*

1. ***Ausente:*** No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El paciente puede ser poco productivo tanto en el habla como en los gestos.

4. **Moderado:** El paciente tiene claramente en lentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la respuestas pausas prolongadas y ritmo enlentecido.latencia • en 1 as

5. ***Moderado severo:*** Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El paciente se encuentra habitualmente sentado o tumbado.

6. ***Severo:*** Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.

7. ***Extremo:*** El paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

PG8. **FALTA DE COLABORACIÓN.**

Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia.

Bases para la valoración: *Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.*

1. ***Ausente:*** No cumple la definición.

2. ***Mínimo:*** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero:*** Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a l o largo de la entrevista.

4. Moderado: Ocasionalmente rehúsa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.

5. Moderado severo: El paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como "indeseable" o de tener "dificultades de trato. '. La falta de colaboración se manifiesta por una marcada

actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.

6. ***Severo:*** El paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehúsa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.

7. ***Extremo:*** La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

PG9. **INUSUALES CONTENIDOS DEL PENSAMIENTO**.

El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas. ***Bases para la valoración:*** *contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.*

1. ***Ausente*****:** No cumple la definición.

2. ***Mínimo*****:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero*****:** El contenido del pensamiento es peculiar o idiosincrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.

4. ***Moderado*****:** Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.

s.Moderado severo: El paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos (p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente a b sur d os (p.e . tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).

6. Severo: El paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre)

7. ***Extremo*:** El pensamiento está repleto de ideas absurdas bizarras y grotescas.

PG10. **DESORIENTACIÓN.**

Falta de conciencia de las relaciones del paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento. ***Bases para la valoración:*** *respuestas a preguntas sobre orientación.*

1. ***Ausente*:** No cumple la definición.

2. ***Mínimo***: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero*:** La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas específicas. Por ejemplo, el paciente sabe dónde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en más de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.

4. ***Moderado*:** Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente sabe que está en un hospital pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.

5.Moderado severo: Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes Y estación.

6. Severo: Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el paciente no sabe dónde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual

7. ***Extremo*:** El paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total a cerca de donde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

PG11. **ATENCIÓN DEFICIENTE.**

Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo. ***Bases para la valoración:*** *manifestaciones durante el curso de la entrevista.*

1. ***Ausente*:** No cumple la definición.

2. ***Mínimo*:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero*:** Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.

4. ***Moderado*:** La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distraibilidad, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.

! 5. ***Moderado severo*:** La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distraibilidad y la dificultad en cambiar el foco de la atención.

6. ***Severo*:** El paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos.

7. ***Extremo*:** La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación.

PG12. AUSENCIA DE JUICIO E INTROSPECCIÓN.

Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos

pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo. Bases para la valoración: contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. Mínimo: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. Ligero: El paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento, o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.

4. Moderado: El paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.

5.Moderado severo: Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el paciente puede reconocer la existencia des íntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equivocas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.

6. ***Severo:*** El paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega le presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en ta toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.

7. ***Extremo:***Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo O persecución), y el paciente puede rehusar a cooperar con el médico, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

PG13. **TRASTORNOS DE LA VOLICIÓN.**

Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje. ***Bases para la valoración:*** *contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.*

1. ***Ausente*****:** No cumple la definición.

2. ***Mínimo*****:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero*****:** Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento, lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.

4. ***Moderado*****:** El paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y corno consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.

5. ***Moderado severo*****:** El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por pausas en el habla.

6. ***Severo*****:** Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.

7. ***Extremo*****:** Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

PG14. **CONTROL DEFICIENTE DE IMPULSOS.**

Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupacion por sus consecuencias. ***Bases para la valoracion: conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario y familia.***

1. ***Ausente***: No cumple la definición.

2. ***Mínimo***: Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero***: El paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.

4. ***Moderado***: El paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.

5. ***Moderado severo***: - El paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.

6. ***Severo***: El paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.

7. ***Extremo***: El paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

PG15. PREOCUPACION

Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así corno o por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa. Bases para la valoración: conducta interpersonal observada a lo largo de la entrevista.

1. Ausente: No cumple la definición.

2. ***Mínimo*:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.

3. ***Ligero*:** Excesiva implicación en problemas o necesidades personales, de forma que la conversación se dirige hacia temas egocéntricos a la vez que disminuye el interés por los demás.

4. Moderado: El paciente se muestra ocasionalmente ensimismado como soñando despierto o abstraído por experiencias internasi lo que interfiere ligeramente en la comunicación.

5. ***Moderado severo*:** El paciente parece a menudo absorto en experiencias autistas, tal y como se evidencia por conductas que afectan significativamente a las funciones relacionases y comunicativas: mirada vacía, musitación o soliloquios, o implicación con patrones motores estereotipados.

6. ***Severo*:** Marcada preocupación con experiencias autistas, lo que limita seriamente la capacidad de concentración, la capacidad para conversar, y la orientación en su ambiente inmediato. Se puede observar que el paciente se ríe sin motivo aparente, vocifera, musita o habla consigo mismo.

7. ***Extremo*:** El paciente está casi siempre absorto en experiencias autistas, lo que repercute en casi todas las áreas de su conducta. El paciente puede responder verbal y conductualmente de forma continua a alucinaciones y apenas si muestra interés por el ambiente que le rodea.

PG16. **EVITACIÓN SOCIAL ACTIVA.**

Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza.

Bases para la valoración: *Información del funcionamiento social por parte del personal sanitario o de la familia.*

1. ***Ausente*:** No cumple la definición.
2. Minimo: Patologia dudosa; puede ser el limite superior de la normalidad.

3. ***Ligero*:** El paciente parece molesto por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario, si bien participa en actividades sociales cuando es requerido para ello.

4. ***Moderado*:** El paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle, o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.

5. ***Moderado severo*:** El paciente se mantiene alejado, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo solo sin realizar actividad productiva alguna.

6. ***Severo*:** El paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.

7. ***Extremo*:** No se puede implicar al paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede, evita todas las relaciones y permanece aislado de los demás.

Anexo 2. Organización de la entrevista de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos PANSS

Organización de la entrevista de la Escala de Síntomas Positivos y Negativos PANSS

ORGANIZACION DE LA ENTREVISTA PANSS			
FASE	**ESTRATEGIA**	OBJETIVOS	**TIEMPO**
I	No Directiva	Establecer el Contacto Observar la conducta espontánea Identificar áreas de interés Exploración	10-15 min
II	Semi-estructurada	sistemática de los síntomas y su severidad Exploración del	15-20 min
III	Estructurada	humor, ansiedad, orientación y razonamiento abstracto Clarificar la información	5-10 min
IV	Directiva	Testar los límites y la respuesta al estrés Valorar el espectro total de la psicopatología	5-10 minutos

Anexo 3. Guía de preguntas y secuencia recomendada para la entrevista PANSS con el fin de explorar las principales áreas de la psicopatología.

Guía de preguntas y secuencia recomendada para la entrevista PANSS con el fin de explorar las principales áreas de la psicopatología.

1) Juicio e introspección

- ¿Qué le trajo al hospital?

- ¿Necesita usted tratamiento, medicinas, estar hospitalizado?

- ¿Está hospitalizado por error, es por castigo, forma parte de un complot?

- ¿Tiene usted un trastorno psiquiátrico, lo ha tenido en el pasado?

- ¿Cuáles son los síntomas de su enfermedad?

- ¿Por qué está tomando tratamiento? (si lo está tomando)

- ¿Quiere ser dado de alta del hospital?

- ¿Cuáles son sus planes inmediatos, y para el futuro?

2) Alucinaciones

- ¿ **Tiene usted experiencias extrañas, oye ruidos extraños?**

- ¿ **Oye a veces cosas que otras personas no pueden oír?**

- ¿**Recibe a veces comunicaciones personales por medio de la radio o la** TV, **de Dios?**

- ¿Puede a veces escuchar sus propios pensamientos dentro de su cabeza, es como si sus pensamientos tuvieran eco, le suenan como si fueran voces?

- ¿Oye a veces voces (cerciorarse de que no son reales), cuándo, con qué frecuencia, son claras, altas?

- ¿De quién son las voces que oye, cuantas personas le hablan, le hablan a usted, hacen comentarios sobre usted, hablan las voces entre sí?

- ¿Qué le dicen las voces, son buenas o malas, las teme?

- ¿Las voces le comentan lo que usted hace o dice, le dan ordenas directas?

- ¿Obedece las órdenes de las voces, debe hacerlo?

- ¿De ordinario, las cosas le parecen extrañas o distorsiones?

- ¿Tiene como "visones", o ve cosas que otros no pueden ver, con qué frecuencia, son muy claras las visiones?

- ¿Las visiones aparecen con voces, o separadamente?

- ¿Huele usted cosas que otros no pueden oler?

- ¿Tiene extrañas sensaciones en su cuerpo, siente algo extraño dentro de usted?

- ¿Qué hace cuando tiene las voces (visiones, etc.), cómo le vienen, son un problema para usted?

3) *Delirios* (general)

- ¿Cuándo se encuentra usted solo, qué es lo que piensa?

- ¿Qué piensa usted acerca de la vida?

- ¿Sigue usted alguna filosofía personal?

4) Ideas de suspicacia y perjuicio

- ¿Qué tal le va con las demás personas?

- ¿Le gusta la gente, le disgusta, le molesta, la teme, por qué?
- ¿ Tiene confianza en la mayoría de la gente, desconfía de alguien, de quién, por qué?
- ¿A veces la gente habla de usted a sus espaldas, qué le dicen, por qué?
-¿Siente que alguna gente se fija en usted, le espian, planean algo contra usted, intentan perjudicarle, matarle?

- ¿Qué pruebas tiene, quién está detrás de todo esto, por qué ocurre esto?

5) Grandiosidad

- ¿Cómo se considera usted en relación con la mayoría de las personas, mejor o peor?

- ¿Es usted especial de alguna manera?

- ¿Tiene usted talento o capacidades especiales que la mayoría de la gente no tiene?

- ¿Tiene usted capacidades telepáticas, puede leer en la mente de las demás personas?

- ¿Tiene poderes especiales o inusuales?

- ¿Se considera una persona rica, famosa, ha salido usted en la TV, en la radio, en el cine, en el teatro, tiene algún record especial?

- ¿Usted cree que tiene más virtudes morales que la mayoría de las demás personas, le hace esto especial en algún sentido?

- ¿Tiene usted una misión especial en la vida, cómo es esto, a que se debe?

- ¿Es usted una persona religiosa, qué relación tiene con Dios, está usted más próximo a Dios que los demás, es usted un emisario o representante de Dios?

6) Sentimientos de culpa

.. ¿Se siente usted menos digno de consideración que las demás personas?
-¿Usted se considera una persona mala de alguna manera?
- ¿Se siente usted culpable por algo que hizo en el pasado?
- ¿Ha hecho usted algo por lo que merezca ser castigado?, ¿qué tipo de castigo se merece?
-¿Es su presente situacion (enfermedad, hospitalizacion, etc) un tipo de castigo? ¿como sabe eso?

- ¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño para castigarse, lo ha intentado en alguna ocasión?

7) Preocupaciones somáticas

- ¿Cómo se siente usted?

- ¿Tiene algún problema de salud, cómo funciona su organismo?

- ¿Tiene alguna enfermedad médica, es seria?

- ¿Cómo funciona su cabeza, y corazón?

- ¿Tiene algún problema en sus pulmones, brazos, piernas, en alguna otra parte del cuerpo?

- ¿Siente su cabeza o cuerpo como extraños?

- ¿Su cuerpo o cabeza ha cambiado de forma o de tamaño?

- ¿Cuál es la causa de estos problemas?

8) Depresión

- ¿Cuál es su estado de ánimo habitual?

- ¿Se encuentra feliz, triste, por qué?

- ¿Cómo se ha sentido de infeliz últimamente?

- ¿ Cuándo se encuentra triste, cuanto duran estos sentimientos?

- ¿A veces llora, con qué frecuencia?

- - ¿Su estado de ánimo le ha afectado al apetito, al sueño, a su capacidad para trabajar?

- - ¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño, de acabar con su vida, ha intentado suicidarse?

9) Ansiedad

- ¿Le preocupa algo?
- ¿Se ha encontrado nervioso, tenso?
- ¿ Podría extender sus manos, por favor (observar si tiene temblor)?
- ¿Ahora podría ver sus palmas (observar si existe sudoración)?
- ¿ Tiene temor a algo, a alguien?
- ¿ Cómo se encuentra de nervioso?
- ¿Ha llegado a tener un estado de pánico?
- ¿Sus preocupaciones y nerviosismo han afectado a su apetito, al sueño, a su capacidad para trabajar?

10) Orientación

- ¿Qué día de la semana es, a qué fecha estamos (día, mes, año)?
- ¿Dónde está usted ahora (ciudad, país, barrio, dirección de la calle)?
- ¿Cómo se llama este hospital, en qué servicio está usted?
- ¿Cómo se llama el médico que le trata?
- ¿Cómo se llaman los otros médicos o enfermeras, qué trabajo hacen?
- ¿Cómo se llaman sus amigos del hospital, y sus amigos del barrio?
- ¿Sabe el nombre del alcalde, del presidente de la Comunidad Autónoma. del presidente del estado?

11) Pensamiento abstracto

A. Semejanzas

1.¿En qué se parecen una pelota y una naranja?

2. ¿Manzana y plátano?

3. ¿Lapicero y pluma?

4. ¿Dólar y peseta?

5. ¿Mesa y silla?

6. ¿Tigre y elefante?

7. ¿Sombrero y camisa?

8. ¿Autobús y tren?

9. ¿Brazo y pierna?

10. ¿Rosa y tulipán?

11. ¿Tío y primo?

12. ¿Sol y luna?

13. ¿Cuadro y poema?

14. ¿Cumbre y valle?

15. ¿Aire y agua?

16. ¿Paz y prosperidad?

B. Proverbios

¿Qué quiere decir?

1. Perro ladrador, poco mordedor.
2. Año de nieves, año de bienes
3. No es oro todo lo que reluce
4. No dejes para mañana lo que puedas hacer hoy

5. A quien madruga, Dios le ayuda

6. Cuatros ojos ven mejor que dos

7. De tal palo, tal astilla

8. Más vale pájaro en mano que ciento volando

9. Quien mucho abarca poco aprieta

10. El que a hierro mata, a hierro muere

11. El que a buen árbol se arrima, buena sombra le cobija

12. una golondrina no hace verano

13. Mal de mucho, consuelo de tontos

14. Le parece al ladrón que todos son de su condición

15. A Dios rogando y con el mazo dando

16. Por la boca muere el pez

Sólo una parte de las semejanzas y proverbios a diferentes niveles de dificultad (p.e. un ítem cada cuatro) debe aplicarse en la entrevista. Cuando la escala se empieza longitudinalmente, los ítems deberían de ser sistemáticamente rotados en las sucesivas entrevistas, lo que proporciona una diferente selección de varios niveles de dificultad y así se minimiza la repetición.

Anexo 4. Hoja de puntuación del PANSS

Hoja de puntuación del PANSS

ESCALA DE LOS SINDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)

Adaptación española de V. Peralta y M. J. Cuesta

Nombre del paciente _____ Fecha _____

SINDROME POSITIVO (PANSS-P)							
PREGUNTA	PUNTAJE						
1. Delirios	1	2	3	4	5	6	7
2. Desorganización	1	2	3	4	5	6	7
3.Comportamiento Alucinatorio	1	2	3	4	5	6	7
4. Excitación	1	2	3	4	5	6	7
5. Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7
6. Suspicacia/Perjuicio	1	2	3	4	5	6	7
7. Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7
SINDROME NEGATIVO (PANSS-N)							
PREGUNTA	PUNTAJE						
1. Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
2. Retraimiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7
3. Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7
4. Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7
5. Dificultad en el pensamiento	1	2	3	4	5	6	7

abstracto							
6. Ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación	1	2	3	4	5	6	7
7. Pensamiento Estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
PSICOPATOLOGÍA GENERAL (PANSS-PG)							
PREGUNTA	PUNTAJE						
1. Preocupaciones Somáticas	1	2	3	4	5	6	7
2. Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
3. Sentimientos de Culpa	1	2	3	4	5	6	7
4. Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
5. Manerismos y Postura	1	2	3	4	5	6	7
6. Depresión	1	2	3	4	5	6	7
7. Retardo Motor	1	2	3	4	5	6	7
8. falta de Colaboración	1	2	3	4	5	6	7
9. Inusuales contenidos de pensamiento	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de juicio e	1	2	3	4	5	6	7

introspección							
13. Trastorno de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Preocupación	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA	PUNTUACION	PERCENTIL	RANGO
PANSS-P			
PANSS-N			
PANSS-C			
PANSS-PG			

Numero de Síntomas del PANSS-P con puntuación > 4 :	
Número de Síntomas del PANSS-N con puntuación > 4 :	

TIPO DE ESQUIZOFRENIA				
SISTEMA INCLUSIVO	Positiva		Negativa	
SISTEMA RESTRICTIVO	Positiva	Negativa	Mixta	Otra

Anexo 5. Tabla de conversión de las puntuaciones brutas de la escala PANSS en percentiles

Tabla de conversión de las puntuaciones brutas de la escala PANSS en percentiles

CONVERSION DE PUNTUACIONES BRUTAS A PERCENTILES				
PERCENTIL	**PANSS-P**	**PANSS-N**	**PANSS-C**	**PANSS-PG**
95	38	43	19	61
90	35	41	17	56
85	34	38	14	55
80	33	36	12	53
75	31	35	10	52
70	30	34	8	50
65	29	32	7	48
60	28	29	6	47
55	27	27	4	46
50	26	25	1	45
45	25	24	-2	44
40	24	23	-4	42
35	23	21	-6	41
30	22	20	-8	40
25	21	19	-10	38
20	20	17	-12	36
15	17	13	-14	34
10	14	11	-17	32
5	12	9	-24	28

*Los percentiles se obtuvieron en una muestra de 100 pacientes esquizofrénicos (criterios DSM-111-R) que investigaron por una exacerbación de su enfermedad y fueron evaluados durante los primeros días del ingreso (Peralta y Cuesta, en prensa) (Universidad Complutense de Madrid).

Anexo 6. Solicitud de aplicación de la investigación en el establecimiento

UNIVERSIDAD
LA SALLE

La Paz, 21 de Octubre del 2013
CEXT/CO-PSI 028/13

Señor
Dr. Ernesto Málaga
DIRECTOR DEL HOSPITAL
DE SALUD MENTAL "SAN JUAN DE DIOS"
Presente.-

Doctor Málaga:

A tiempo de saludarlo de manera cordial dirijo la presente nota para solicitar la aplicación Pre-test Post-test de la **ESCALA DE SINDROMES POSITIVOS Y NEGATIVOS** más el **PROGRAMA DE ARTETERAPIA** a pacientes internos con esquizofrenia. Debo enfatizar que la alumna a la fecha ha vencido todo su programa de formación de pregrado y se encuentra realizando su tesis para optar al grado de licenciatura sobre el tema: **ARTETERAPIA DIRIGIDA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMO MECANISMO DE EXPRESION DEL LENGUAJE.**

Con este motivo, esperando una respuesta positiva me despido de usted.

Atentamente,

ACEPTADA LA SOLICITUD
DEBE DEJAR UNA COPIA DE RESULTADOS
PARA LA INSTITUCION

Dr. Ernesto Málaga Vásquez
DIRECTOR MEDICO
CENTRO REHABILITACION

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez
COORDINACIÓN CARRERA DE PSICOLOGIA

RECIBIDO
21 OCT 2013
C.R.S.M. "SAN JUAN DE DIOS"

c.c. archs./

Calle Jorge Carrasco (bajada a Bolognia) esq. Calle Las Palmas • La Paz, Bolivia
Telf/Fax 272 3588 • 272 3598 • 272 3732 • 272 4650 • 272 4678
www.uls.edu.bo

Anexo 7. Cartas de aceptación para formar parte del Panel de Jueces Expertos y consentimiento de validación del Instrumento

Señora

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

COORDINADORA CARRERA DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD LA SALLE

Presente.-

Ref. Validación de instrumento

De mi mayor consideración:

Me dirijo a su persona para informarle que acepto la solicitud de formar parte del panel de expertos para validar el contenido del instrumento "ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)", del tema de investigación "Arteterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia como mecanismo de expresión del lenguaje" de la alumna Déborah Soledad García Grégori de la Universidad La Salle, para optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular me despido, atentamente



Dr. Fernando Garitano Zabala

Señora

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

COORDINADORA CARRERA DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD LA SALLE

Presente.-

Ref. Validación de instrumento

De mi mayor consideración:

Me dirijo a su persona para informarle que acepto la solicitud de formar parte del panel de expertos para validar el contenido del instrumento "ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)", del tema de investigación "Arteterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia como mecanismo de expresión del lenguaje" de la alumna Déborah Soledad García Grégori de la Universidad La Salle, para optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular me despido, atentamente

Dr. Rodolfo López Hartman

Dr. Rodolfo López Hartmann
MEDICO - PSIQUIATRA
M.S. L-315 - C.M. L-141

Señora

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

COORDINADORA CARRERA DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD LA SALLE

Presente.-

Ref. Validación de instrumento

De mi mayor consideración:

Me dirijo a su persona para informarle que acepto la solicitud de formar parte del panel de expertos para validar el contenido del instrumento "ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)", del tema de investigación "Arteterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia como mecanismo de expresión del lenguaje" de la alumna Déborah Soledad García Grégori de la Universidad La Salle, para optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular me despido, atentamente

Dra. Mabel Romero

Mabel Romero Maury
MEDICO PSIQUIATRA
M.P. R-1116 M C.M. R-0381

Señora

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

COORDINADORA CARRERA DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD LA SALLE

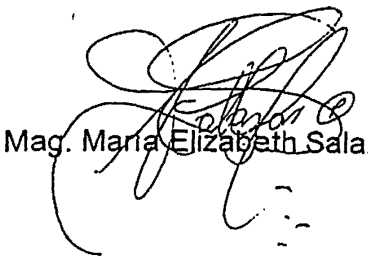
Presente.-

Ref. Validación de instrumento

De mi mayor consideración:

Me dirijo a su persona para informarle que acepto la solicitud de formar parte del panel de expertos para validar el contenido del instrumento "ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)", del tema de investigación "Arteterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia como mecanismo de expresión del lenguaje" de la alumna Déborah Soledad García Grégori de la Universidad La Salle, para optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular me despido, atentamente



Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

Señora

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

COORDINADORA CARRERA DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD LA SALLE

Presente.-

Ref. Validación de Instrumento

De mi mayor consideración:

Me dirijo a su persona para informarle que acepto la solicitud de formar parte del panel de expertos para validar el contenido del instrumento "ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)", del tema de investigación "Arteterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia como mecanismo de expresión del lenguaje" de la alumna Déborah Soledad García Grégori de la Universidad La Salle, para optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular me despido, atentamente

Lic. Alba Prado

Lic. Alba Prado Buzan
PSICOLOGA
MAT P - 0305
"SAN JUAN DE DIOS"

Señora

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

COORDINADORA CARRERA DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD LA SALLE

Presente.-

Ref. Validación de instrumento

De mi mayor consideración:

Me dirijo a su persona para informarle que acepto la solicitud de formar parte del panel de expertos para validar el contenido del instrumento "ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)", del tema de investigación "Arteterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia como mecanismo de expresión del lenguaje" de la alumna Déborah Soledad García Grégori de la Universidad La Salle, para optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular me despido, atentamente

Lic. Erik Fernández

Señora

Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez

COORDINADORA CARRERA DE PSICOLOGÍA

UNIVERSIDAD LA SALLE

Presente.-

Ref. Validación de instrumento

De mi mayor consideración:

Me dirijo a su persona para informarle que acepto la solicitud de formar parte del panel de expertos para validar el contenido del instrumento "ESCALA DE LOS SÍNDROMES POSITIVO Y NEGATIVO (PANSS)", del tema de investigación "Arteterapia dirigida a pacientes con esquizofrenia como mecanismo de expresión del lenguaje" de la alumna Déborah Soledad García Grégori de la Universidad La Salle, para optar por el título de Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular me despido, atentamente

Lic. Ximena Borda

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la Investigación: "ARTETERAPIA DIRIGIDA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMO MECANISMO DE EXPRESIÓN DEL LENGUAJE".

Yo, ...

He leído el documento de información que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones y he podido hacer preguntas sobre los objetivos y metodología aplicada así como resolver las dudas sobre la investigación arriba citada. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento, en el momento que lo desee y sin que ello repercuta de ninguna forma en mi asistencia médica. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

He hablado con la investigadora *Déborah Soledad García Grégori* y comprendo que mi participación es voluntaria.

Por lo tanto, PRESTO LBREMENTE MI CONSENTIMIENTO para participar en el estudio.

Firma del Participante:

CI:

Anexo 9. Guía de preguntas para la Sesión de Dibujo

Guía de preguntas para la Sesión de Dibujo

Pregunta 1: Componente Cognitivo

¿ Qué quiso expresar en el dibujo?

Respuesta:

Pregunta 2: Componente Afectivo

¿Qué sintió mientras dibujaba?

Respuesta:

Pregunta 3: Componente Conductual

¿Qué fue lo que le impulsó a realizar este dibujo?

Respuesta:

Anexo 10. Carta de Constancia de la Investigación realizada y Consentimiento del uso del nombre de la Institución en la Tesis

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL
San Juan de Dios
LA PAZ | BOLIVIA

La Paz, 10 de Diciembre de 2013

Señora
Mag. María Elizabeth Salazar Jiménez
COORDINADORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD LA SALLE
Presente.-

Mediante la presente informo que la estudiante DEBORAH SOLEDAD GARCIA GREGORI, ha acudido a este centro según lo programado para el trabajo de campo de la tesis. "ARTETERAPIA DIRIGIDA A PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA COMO MECANISMO DE EXPRESION DEL LENGUAJE".
La estudiante ha cumplido de manera satisfactoria lo establecido, haciendo la toma del Pre-Test/ Post-Test "Escala de Síndromes Positivo y Negativo PANSS", más el programa de Arteterapia a pacientes internos con esquizofrenia.
Por otro lado, este centro autoriza el uso del nombre de la institución en la Tesis de grado a la que nos referimos.
Sin otro particular, me despido
Atentamente,

Dr. Rodolfo López Hartmann
DIRECTOR MÉDICO a.i.
C.R.S.M.S.J.D.

MEDICO - PSIQUIATRA
M.S. L-315 - C.M. L-1

C/ Chicani, s/n IRPAVI 2
Telf.: 2-72 34 64
E- Mail: sjdlapaz@hsjd.org
LA PAZ - BOLIVIA

Anexo 11. Tabla de Distribución Chi Cuadrado

Tabla de Distribución Chi Cuadrado c2															
P = Probabilidad de encontrar un valor mayor o igual que el chi cuadrado tabulado, v = Grados de Libertad															
v / p	0,001	0,0025	0,005	0,01	0,025	0,05	0,1	0,15	0,2	0,25	0,3	0,35	0,4	0,45	0,5
1	10.82774	9.140 4	7.879 4	6.634 9	5.023 9	3.841 5	2.705 5	2.072 2	1.642 4	1.323 3	1.074 2	0.873 5	0.708 3	0.5707	0.4549
2	13 8.150	11 9.827	10 5.965	92.104	73.778	59.915	46.052	37.942	32.189	27.726	24.079	20.996	18.326	15 .970	13 .863
3	16 2.660	14 3.202	12 8.381	11 3.449	93.484	78.147	62.514	53.170	46.416	41.083	36.649	32.831	29.462	26 .430	23 .660
4	18 4.662	16 4.238	14 8.602	13 2.767	11 1.433	94.877	77.794	67.449	59.886	53.853	48.784	44.377	40.446	36 .871	33 .567
5	20 5.147	18 3.854	16 7.496	15 0.863	12 8.325	11 0.705	92.363	81.152	72.893	66.257	60.644	55.731	51.319	47 .278	43 .515
6	22 4.575	20 2.491	18 5.475	16 8.119	14 4.494	12 5.916	10 6.446	94.461	85.581	78.408	72.311	66.948	62.108	57 .652	53 .481
7	24 3.213	22 0.402	20 2.777	18 4.753	16 0.128	14 0.671	12 0.170	10 7.479	98.032	90.371	83.834	78.061	72.832	68 .000	63 .458
8	26 1.239	23 7.742	21 9.549	20 0.902	17 5.345	15 5.073	13 3.616	12 0.271	11 0.301	10 2.189	95.245	89.094	83.505	78 .325	73 .441
9	27 8.767	25 4.625	23 5.893	21 6.660	19 0.228	16 9.190	14 6.837	13 2.880	12 2.421	11 3.887	10 6.564	10 0.060	94.136	88 .632	83 .428
10	29 5.879	27 1.119	25 1.881	23 2.093	20 4.832	18 3.070	15 9.872	14 5.339	13 4.420	12 5.489	11 7.807	11 0.971	10 4.732	98 .922	93 .418