

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades**

**Efecto del arteterapia como elemento complementario en la intervención  
clínica para pacientes diagnosticados con esquizofrenia**

**Proyecto de investigación**

**Andrea Carolina Espinosa González**

**Licenciatura en psicología**

Trabajo de titulación presentado como requisito

para la obtención del título de

Licenciada en psicología

Quito, 13 de mayo de 2019

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Efecto del arteterapia como elemento complementario en la intervención  
clínica para pacientes diagnosticados con esquizofrenia**

**Andrea Carolina Espinosa González**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Jaime Costales, Ph.D.

Firma del profesor

---

Quito, 13 de mayo de 2019

## Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:

---

Nombres y apellidos:

Andrea Carolina Espinosa González

Código:

00129360

Cédula de Identidad:

1716189889

Lugar y fecha:

Quito, 13 de mayo de 2019

## AGRADECIMIENTOS

*A mi papá por enseñarme a moldear el pilar fundamental para la creación artística, la resiliencia.*

*A mi mamá por estar.*

*A Jaime Costales por escuchar.*

*A todos los y las artistas valientes que dijeron todo aquello que tenían que decir.*

**DEDICATORIA**

*A mis padres, Jorge y Dayana*

## RESUMEN

En el presente trabajo se presenta la importancia y los posibles efectos del arte y de la creatividad en personas con y sin una enfermedad mental. Se discute las limitaciones del tratamiento clínico tradicional para la esquizofrenia y los efectos de la medicación, tanto generales como específicamente relacionados a la capacidad creativa. Se evaluaron las distintas implicaciones de la práctica del arte terapia como elemento complementario en la intervención clínica en pacientes con esquizofrenia. Se concluye que la producción artística en pacientes con esquizofrenia es beneficiosa ya que logra una reconexión con el *centro vital* del paciente, que permanece inmune a la enfermedad, independientemente de la etapa. Adicionalmente, se discutió la opinión y apertura de dos profesionales de la salud mental de dos hospitales psiquiátricos de Quito - Ecuador con respecto al arte terapia.

**Palabras clave:** Esquizofrenia, arteterapia, producción artística, creatividad, inconsciente, farmacología, expresión, arte, intervención clínica,, tratamiento, *centro vital*, psicoterapia.

## ABSTRACT

In the present work the importance and the possible effects of art and creativity in people with and without a mental illness are presented. The limitations of the traditional clinical treatment for schizophrenia and the effects of medication, both general and specifically related to creative capacity, are discussed. The different implications of art therapy practice as a complementary element in clinical intervention in patients with schizophrenia were evaluated. It is concluded that artistic production in patients with schizophrenia is beneficial since it achieves a reconnection with the patient's *vital center*, which remains immune to the disease, regardless of the stage. Additionally, the opinion and opening of two mental health professionals from two psychiatric hospitals in Quito - Ecuador with respect to art therapy was discussed.

*Key words:* Schizophrenia, art therapy, artistic production, creativity, unconsciousness, pharmacology, expression, art, clinical intervention, treatment, *vital center*, psychotherapy.

**TABLA DE CONTENIDO**

INTRODUCCIÓN	19
INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA	21
Antecedentes	21
Problema	24
Pregunta de Investigación	26
Propósito del Estudio	26
El significado del Estudio	26
REVISIÓN DE LITERATURA	28
Fuentes	28
Formato de la Revisión de la Literatura	28
Capítulo 1. Arte y Arteterapia	30
1.1 Arte	30
1.2 La naturaleza creativa del ser humano	36
1.3 Movimientos artísticos relacionados con la psicopatología	40
1.4 El arte y la enfermedad mental	49
1.5 Arte terapia	85
1.6 ¿Cuál es el papel del arte terapeuta durante el proceso de intervención clínica?	96
Capítulo 2. Intervención Clínica	100
2.1 Tratamientos biológicos y psicológicos	100

2.2. Limitaciones y beneficios de la intervención usualmente utilizada para la esquizofrenia (terapia farmacológica)	110
2.3. Beneficios y limitaciones generales del arte terapia como intervención clínica	123
Capítulo 3. La esquizofrenia vista según el enfoque de la Psicología Fenomenológica	129
3.1. Comprensión fenomenológica de la esquizofrenia	129
3.2. Tratamiento fenomenológico para la esquizofrenia	139
Capítulo 4. Descubrimientos en Neurociencia: Arte terapia y Cambios en Estructuras Cerebrales	147
Capítulo 5. Interrogantes sobre el acercamiento al arte a partir del estado psicótico	162
Capítulo 6. Casos en Nuestro Medio	167
6.1 Hospital Psiquiátrico Julio Endara	168
6.2 Institución Psiquiátrica Sagrado Corazón	170
6.3 Muestra Artística: Entretejidos	171
DISCUSIÓN	182
Limitaciones de la investigación	183
Recomendaciones para Futuros Estudios	184
REFERENCIAS	186
ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES	212
3ANEXO B: SOLICITUD DE APROBACIÓN DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	213
ANEXO C: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	227
ANEXO D: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN	231

## ANEXO E: OBRAS DE ARTISTAS RELACIONADOS Y DE PACIENTES

ESQUIZOFRÉNICOS

237

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Analogía Comparativa II, Michael Cheval.....	30
<b>Figura 2.</b> Sueño causado por el vuelo de una abeja alrededor de una granada un segundo antes del despertar, Salvador Dalí.....	30
<b>Figura 3.</b> Pintura rupestre en la Cueva La Pasiega.....	32
<b>Figura 4.</b> Replicación hecha por Breuli et al. de un dibujo del panel 78 en la cueva La Pasiega.....	32
<b>Figura 5.</b> El Transporte, Pierre Manía.....	33
<b>Figura 6.</b> El Apartamento Theatre, Aloise Corbaz.....	40
<b>Figura 7.</b> La Fuente, Marcel Duchamp.....	41
<b>Figura 8.</b> Cabeza Dadá, Sophie Taeuber-Arp.....	42
<b>Figura 9.</b> .....	43
<b>A.</b> La Tentación de San Antonio, Salvador Dalí.....	43
<b>B.</b> Cabinet Anthropomorphique, Salvador Dalí.....	44
<b>Figura 10.</b> Las Pléyades / La Cercana Pubertad, Max Erns.. ..	44
<b>Figura 11.</b> La Trahison des Images, René Magritte.....	45
<b>Figura 12.</b> .....	46
<b>A.</b> La Danza, Henri Matisse.....	46

B. La Alegría de Vivir, Henri Matisse.....46

**Figura 13.....54**

A. Noche Estrellada sobre el Ródano, Vincent Van Gogh.....54

B. Noche Estrellada, Vincent Van Gogh.....55

**Figura 14.....56**

A. The Kander Valley in the Bernese Oberland, Adolf Wölfli.....56

B. General View of the Island Neveranger, Adolf Wölfli.....57

C. San Adolf con gafas entre las dos ciudades Niess y Mia, Adolf Wölfli.....58

**Figura 15.....59**

A. Cartin Cat Bird, Martín Ramírez.....59

B. Alamentosa, Martín Ramírez.....60

**Figura 16.....61**

A. Tea Party at Napsbury, Louis Wain.....61

B. Byzantine Cat, Louis Wain.....62

C. Compilación de varias obras de Louis Wain.....62

**Figura 17. Untitled (Prinzhorn Collection), Josef Förster.....64**

**Figura 18.....65**

A. Sin título, Josef Heinrich Grebing.....65

**B.** Sin título, Josef Heinrich Grebing.....66

**Figura 19**.....67

**A.** Wormholes (Wurmlöcher), August Klotz.....67

**B.** Repuplik, August Klotz.....68

**Figura 20**.....70

**A.** Mariage du roi de Grèce, Aloïse Corbaz.....70

**B.** Mickens, Aloïse Corbaz.....70

**C.** Napoléon dressé sur le Monde, Aloïse Corbaz.....71

**Figura 21**.....75

**A.** Retrato No. 1. 11 de Abril de 1991, Bryan Charnley.....75

**B.** Retrato No. 2. 20 de Abril de 1991, Bryan Charnley.....75

**C.** Retrato No. 3. 23 de Abril de 1991, Bryan Charnley.....75

**D.** Retrato No. 4. 24 de Abril de 1991, Bryan Charnley.....75

**E.** Retrato No. 5. 29 de Abril de 1991, Bryan Charnley.....75

**F.** Retrato No. 6. 2 de Mayo de 1991, Bryan Charnley.....75

**G.** Retrato No. 7. 6 de Mayo de 1991, Bryan Charnley.....76

**H.** Retrato No. 8. 14 de Mayo de 1991, Bryan Charnley.....76

**I.** Retrato No. 9. 18 de Mayo de 1991, Bryan Charnley.....76

J. Retrato No. 10. 23 de Mayo de 1991, Bryan Charnley.....	76
K. Retrato No. 11. 24 de Mayo de 1991, Bryan Charnley.....	76
L. Retrato No. 12. 8 de Junio de 1991, Bryan Charnley.....	76
M. Retrato No. 13. 13 de Junio de 1991, Bryan Charnley.....	77
N. Retrato No. 14. 19 de Junio de 1991, Bryan Charnley.....	77
O. Retrato No. 15. 27 de Junio de 1991, Bryan Charnley.....	77
P. Retrato No. 16. 12 de Julio de 1991, Bryan Charnley.....	77
Q. Retrato No. 17. 19 de Julio de 1991, Bryan Charnley.....	77
<b>Figura 22.....</b>	<b>80</b>
A. L'arbre de Paradis, Séraphine Louis.....	80
B. L'arbre de vie, Séraphine Louis.....	81
<b>Figura 23.....</b>	<b>89</b>
A. The Maze, William Kurelek.....	89
B. Zaporozhian Cossacks, William Kurelek.....	89
C. The Tower of Babel, William Kurelek.....	90
<b>Figura 24.....</b>	<b>92</b>
A. Perro Rojo y Pájaros, Carlo Zinelli.....	92
B. Figuras, Ratas y Pájaros, Carlo Zinelli.....	92

C. Sin título, Carlo Zinelli.....	93
<b>Figura 25.</b> Talia: This is where I go to hide, Terry Rustin.....	96
<b>Figura 26.</b> Olivia: I feel like running away, but there's no place to run to, Terry Rustin.....	96
<b>Figura 27.</b> Obras de pacientes esquizofrénicos, Hospital Nacional Pedro II de Río de Janeiro.....	124-127
<b>Figura 28.</b> Imagen de interacción entre regiones cerebrales durante una tarea que requiere el uso alternativo del pensamiento divergente.....	153
<b>Figura 29.</b> .....	171
A. Agencia EFE en Teleamazonas.....	171
B. Agencia EFE en Redacción Médica.....	171
C. Foto I de Diego Pallero en EL COMERCIO.....	172
D. Foto II de Diego Pallero en EL COMERCIO.....	172
E. Agencia EFE en El Comercio.....	173
F. Agencia EFE en La Hora.....	173
G. Agencia EFE en La Hora.....	174

## ÍNDICE DE ANEXOS

### **Imágenes de las obras de los artistas y de pacientes esquizofrénicos.**

<b>Imagen 1.</b> Panorama, Cy Twombly.....	237
<b>Imagen 2.</b> The Olive Trees, Vincent van Gogh.....	238
<b>Imagen 3.</b> The Starry Night, Vincent van Gogh.....	238
<b>Imagen 4.</b> Self-Portrait “Mutilated Ear”, Vincent van Gogh.....	239
<b>Imagen 5.</b> Ravine, Vincent van Gogh.....	239
<b>Imagen 6.</b> Quinto retrato de la serie “Self Portrait Series”, Bryan Charnley.....	240
<b>Imagen 7.</b> Noveno retrato de la serie “Self Portrait Series”, Bryan Charnley.....	241
<b>Imagen 8.</b> Décimo retrato de la serie “Self Portrait Series”, Bryan Charnley.....	241
<b>Imagen 9.</b> Farm Children's Games in Western Canada, William Kurelek.....	242
<b>Imagen 10.</b> Die Psychiatrische Klinik Waldau, Adolf Wölfli.....	243
<b>Imagen 11.</b> Sin título, Rob Gonsalves.....	244
<b>Imagen 12.</b> Sin título, Rob Gonsalves.....	244
<b>Imagen 13.</b> Boats at Collioure, André Derain.....	245
<b>Imagen 14.</b> Landscape near Chatou - André Derain.....	246
<b>Imagen 15.</b> El Hijo del Hombre - René Magritte.....	246
<b>Imagen 16.</b> Estudio de Matisse en Collioure.....	247

<b>Imagen 17.</b> El grito, Edvard Munch.....	248
<b>Imágen 18.</b> Self-Portrait with Bandaged Ear, Vincent van Gogh.....	249
<b>Imagen 19.</b> Saturno Devorando a su Hijo, Francisco de Goya.....	250
<b>Imagen 20.</b> El Coloso, Francisco de Goya. ....	251
<b>Imagen 21.</b> Corral de Locos, Francisco de Goya.....	252
<b>Imagen 22.</b> Casa de Locos, Francisco de Goya.....	253
<b>Imagen 23.</b> La Généalogie Fantastique, Labrunie et Bonaparte.....	253
<b>Imagen 24.</b> Witch with Eagle, August Natterer.....	254
<b>Imagen 25.</b> Meine Augen, August Natterer.....	254
<b>Imagen 26.</b> Sin título, David Nebreda.....	255
<b>Imagen 27.</b> Sin título, David Nebreda.....	256
<b>Imagen 28.</b> Las Tres Madres, David Nebreda.....	257
<b>Imagen 29.</b> Sin título, David Nebreda.....	258
<b>Imagen 30.</b> Autorretrato, David Nebreda.....	259
<b>Imagen 31.</b> Two Faces, Heinrich Müller.....	260
<b>Imagen 32.</b> Female Nude from behind, William Etty.....	261
<b>Imagen 33.</b> Sin título, Francesca Woodman.....	262
<b>Imagen 34.</b> <i>It must be time for lunch now</i> , Francesca Woodman.....	263
<b>Imagen 35.</b> <i>Space 2</i> , Francesca Woodman.....	264

<b>Imagen 36.</b> <i>P. 59</i> , Francesca Woodman.....	264
<b>Imagen 37.</b> <i>Self-deceit 1</i> , Francesca Woodman.....	265
<b>Imagen 38.</b> <i>Sin título</i> , Francesca Woodman.....	266
<b>Imagen 39.</b> <i>Reverse</i> , Jenny Saville.....	267
<b>Imagen 40.</b> <i>Stare</i> , Jenny Saville.....	268
<b>Imagen 41.</b> <i>Propped</i> , Jenny Saville.....	269
<b>Imagen 42.</b> <i>Atonement Studies</i> .....	270
<b>Imagen 43.</b> <i>Apartment houses</i> , Jean Dubuffet.....	271
<b>Imagen 44.</b> <i>Marejada de lo virtual</i> , Jean Dubuffet.....	272
<b>Imagen 45.</b> <i>The African Mask</i> , André Breton.....	273
<b>Imagen 46.</b> <i>Impresión, sol naciente</i> , Claude Monet.....	274
<b>Imagen 47.</b> <i>Amapolas</i> , Claude Monet.....	274
<b>Imagen 48.</b> <i>El jardín del artista en Giverny</i> , Claude Monet.....	275
<b>Imagen 49.</b> <i>The painter's family</i> , Giorgio de Chirico.....	276
<b>Imagen 50.</b> <i>The archeologists</i> , Giorgio de Chirico.....	277
<b>Imagen 51.</b> <i>Departure of the Winged Ship</i> , Vladímir Kush.....	278
<b>Imagen 52.</b> <i>African Sonata</i> , Vladímir Kush.....	278
<b>Imagen 53.</b> <i>Arrival of the flower ship</i> , Vladímir Kush.....	279
<b>Imagen 54.</b> <i>Homo Rondans</i> , Remedios Varo.....	280

## INTRODUCCIÓN

El arte es una de las formas más precisas y menos sesgadas de la expresión humana, y su posibilidad precede incluso a la cognición consciente de estar produciéndose. La definición de arte es ambivalente ya que varía según el posicionamiento, percepción, subjetividad y contexto de quién lo defina, por lo que el acercamiento hacia el arte suele ser a partir de su utilidad. Según Witkiewicz, “El arte sirve para descubrir, identificar, describir y fijar nuestras experiencias, nuestra realidad interior”, la importancia de esta definición sobre el arte explica y corresponde a su posible relación con el ámbito psicológico clínico.

A inicios del siglo XX surge el arteterapia, el término fue introducido por Adrian Hill en 1942 (Camino, 2013), y desde entonces se ha reconocido el proceso creativo del arte, en distintos medios, como una forma de terapia, para combatir y tratar a pacientes psiquiátricos. En 1947, en con estudio de Margaret Naumburg, *Free Art Expression of Behaviour Disturbed Children as a Mean of Diagnosis and Therapy*, se reconoce, estabiliza y formaliza la intervención del arte terapia y se proponen las artes plásticas como elemento beneficioso en el tratamiento de algunos tipos de trastornos, en los cuales muchas de las facultades cognitivas que permite la comunicación y expresión tradicional se ven afectada, así como también la percepción normal de la realidad, como es en el caso de la esquizofrenia.

Profundizando en esta relación y propuesta de intervención clínica de la práctica del arte en la psicopatología, este estudio pretende explorar y definir los beneficios del arte terapia en aspectos personales, cognitivos, grupales, emocionales y familiares, en pacientes con esquizofrenia.

La importancia de la investigación recae en los siguientes aspectos: el reconocimiento del arteterapia como elemento complementario válido y beneficioso en la intervención clínica de la esquizofrenia; posibles cambios conductuales, emocionales y cognitivos en el paciente después de la implementación de la terapia; la respuesta individual y colectiva del paciente

hacia el tratamiento; la detección del proceso o estructuración de la obra y el comportamiento del paciente con respecto a ella; la transformación de la habilidad artística; la interacción entre pacientes en el espacio artístico y las posibles mejoras en diversos ámbitos a través de terapias simultáneas.

Posteriormente se mencionará el problema central que dio inicio a esta investigación, se expondrá una amplia revisión de literatura sobre el arte, el arte como intervención terapéutica y como medio de expresión, es decir el arte terapia, la creación artística, los beneficios que ofrece, el trastorno de la esquizofrenia, los problemas e incapacidades individuales, cognitivas, conductuales, sociales, y emocionales del mismo y la relación entre el arte, el arte terapia y la esquizofrenia. Después se precisará la metodología generalmente empleada para la intervención con arte terapia y por último se exhibirán los resultados, limitaciones y discusión de la investigación.

## INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

### Antecedentes

#### **La historia de la esquizofrenia y el arteterapia: una breve reseña**

La esquizofrenia como trastorno mental no fue reconocido como tal desde siempre. El psiquiatra suizo, Eugen Bleuler, a inicios de siglo XX propuso el término de esquizofrenia (Bleuler, 1911-1950), y el psiquiatra Alemán Emil Kraepelin (1856-1926), fue el primero en lograr distinguir la esquizofrenia del trastorno maníaco depresivo (Kraepelin, 1913). La esquizofrenia como trastorno psicótico fue parte del manual de psiquiatría de Kraepelin en 1899, y está presente desde la primera edición del DSM-I (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) y del CIE (*Clasificación internacional de enfermedades*) (Del Barrio, 2009). La esquizofrenia es una enfermedad mental que forma parte de la categoría de los trastornos psicóticos (Trotman, Mittal, Tessner, & Walker, 2013). La definición del trastorno ha ido cambiando y evolucionando con el tiempo, actualmente el DSM-5, (2013) incluye los siguientes síntomas: delirio, alucinaciones, comportamiento y habla desorganizada y otros síntomas disfuncionales a nivel social y ocupacional (5ed.: DSM – 5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

La gravedad, cronicidad, severidad y disfuncionalidad global características del trastorno ha llamado la atención de investigadores, neurólogos, psicólogos y psiquiatras de todo el mundo para intentar entender los síntomas, encontrar la etiología, causas detrás de su desarrollo y las formas tanto psicoterapéuticas como psicofarmacológicas para controlarlo y tratarlo. Con respecto al tratamiento de la esquizofrenia, las propuestas de intervención han atravesado un amplio recorrido de tiempo y han sido mayormente hostiles y deshumanizadas. Prácticas psiquiátricas, a inicios del siglo XX, como la leucotomía, bombeo espinal, lobotomía, terapia electroconvulsiva, coma insulínico, electroshock, solían ser legales y

comúnmente utilizadas en institutos psiquiátricos (Conseglieri, 2008). En la actualidad, la intervención para la esquizofrenia se ha humanizado considerablemente, los pacientes ya no son vistos como animales, objetos de estudio, locos, seres agresivos sin conciencia o sentimientos. Sin embargo, debido a las características del trastorno mencionadas anteriormente, los pacientes son ingresados y permanecen en centros o hospitales psiquiátricos por determinado tiempo, en algunos casos y de manera permanente en otros. Esto resulta en una alienación y retraimiento social, lo que a su vez promueve la misma mirada sesgada y juzgadora de la sociedad. Uno de los problemas más desalentadores de este trastorno debido a la exclusión, es la inserción en la sociedad cuando el trastorno está controlado y el curso de la enfermedad no ha causado gran disfuncionalidad.

Por la complejidad del trastorno, el tratamiento se divide en tres fases: la aguda, en la que se proporciona el uso de fármacos para reducir la severidad de los síntomas; la fase de estabilización, y la de mantenimiento (Kaplan & Sadock, 1989). Durante las dos últimas fases se aplican regularmente algunos de las siguientes terapias: intervención psicosocial, psicoeducación familiar, tratamiento de comunidad asertiva (*ACT*), Terapia cognitiva conductual y entrenamiento de habilidades sociales (Trotman, et al., 2013). El arteterapia no es generalmente parte de la fase de estabilización o mantenimiento de la intervención psicológica de la esquizofrenia. Algunos países como España, Estados Unidos, Argentina, Australia, ya la han incorporado para tratar la esquizofrenia, pero actualmente en Quito-Ecuador, a sólo ha sido implementada en el Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

En cuanto al arteterapia, su uso como método terapéutico comenzó a inicios del siglo XX, el término fue introducido por primera vez por Adrian Hill en 1942 (Camino, 2013, p.7). A partir de ese momento, las investigaciones sobre el tema junto a su práctica incrementaron en varios países. Las respuestas ante la intervención del arte terapia eran productivas y

beneficiosas para los pacientes, sus familias y terapeutas, pues con un mejoría notable en los pacientes, se facilita su manejo y la aplicación de otras terapias simultáneamente.

Los beneficios del arteterapia para pacientes hospitalizados, son particularmente direccionados al bienestar emocional, en palabras de Adrian Hill, “ayuda a arreglar la mente, curar sus enfermedades y liberar su angustia mental” (Traducción propia) (Hill, 1945. p. 89). El arte como tal, ha existido desde que el ser humano expresa a través de diferentes medios y técnicas, aquello que le es complejo transmitir verbalmente, secuencial, organizada y racionalmente. La práctica del arte implica una conexión con los procesos subjetivos cognitivos, emocionales, psicológicos, sentimentales e incluso racionales de la persona; generando a la vez una comprensión y conexión con el mundo a través de estos procesos. “Los artistas utilizan su comprensión tácita de los procesos psicológicos ordinarios para implementar y desarrollar convenciones estilísticas como dispositivos expresivos”. (Traducción propia) (Seeley, 2014. p. 456).

La práctica del arte así como la del arte terapia, tienen un propósito tanto si es desarrollada como método terapéutico o como una práctica reflexiva y expresiva, pero cotidiana. Es importante descifrar el propósito del arte; qué es aquello que se busca lograr con la mente y las emociones pero que debido a cierta complejidad, se dificulta comprobar ante esta dificultad, cómo pueden el arte y el arteterapia contribuir y ser útiles para compensar aquellas fragilidades psicológicas (De Botton & Armstrong, 2014).

## Problema

La esquizofrenia es, sino el más, uno de los trastornos mentales más debilitantes, incapacitantes, desconcertantes y difíciles de tratar a nivel terapéutico, familiar y social. Actualmente, no existe la cura biológica o psicológica para la esquizofrenia, por lo que el tratamiento se basa mayoritariamente en el uso de fármacos, especialmente antipsicóticos, sin embargo existe mucha evidencia actual que propone que las intervenciones psicológicas también pueden resultar beneficiosas para el paciente y su familia (Craighead, 2005. p. 429).

La mayor limitación del tratamiento de la esquizofrenia es su enfoque centralizado en la administración de psicofármacos. Es un problema en tanto que, debido a la disminución en la severidad de los síntomas y la obtención de una mayor funcionalidad, gracias a los fármacos, la psicoterapia como parte de la intervención no obtiene suficiente apertura. Opciones de psicoterapia, distintas a la psicosocial y cognitiva conductual, como es el arte terapia, para el tratamiento de la esquizofrenia, no han sido lo suficientemente consideradas, exploradas y tomadas en cuenta como un factor significativo en la disminución de síntomas y mejoría de la calidad de vida del paciente.

El arte por otro lado, es un elemento poco comprendido social y culturalmente, entendido únicamente como una actividad de ocio sin fines terapéuticos, incapaz de aumentar el bienestar emocional y disminuir los síntomas y el malestar de pacientes enfermos o afectados psicológicamente. Aróstegui, lo interpreta de la siguiente manera: “El arte es una forma de entender la realidad cuyo significado se deriva de la experiencia individual y única que interactúa con otros a través del objeto artístico, permitiendo la comprensión global de la realidad en complementariedad con la visión predominante.” (Aróstegui, 2008, p.74), (traducción propia). El arte, al ser una de las formas de expresión humana, debe ser comprendida como un elemento valioso, cuando en la intervención clínica, se busca transformación, expresión y cambio en el paciente, y más aún cuando existe una dificultad de

expresión verbal tradicional, de entendimiento y desconexión de la realidad, en el mismo.

Robert Bresson (1983), postula que no hay arte sin transformación; es justamente esa transformación la que va a permitir o dar paso al arte para todos. Pero para algunos, es el arte, la creación, la que va a permitir la transformación, el acercamiento y la reconexión con el mundo y con uno mismo para algunos.

En cuanto al arte terapia en el área de la práctica clínica, se considera en palabras de Klein (2006, p.13), “*como un trabajo sutil que toma nuestras vulnerabilidades como material y busca menos el desvelar las significaciones inconscientes de las producciones que permitir al sujeto recrearse a sí mismo, crearse de nuevo en un recorrido simbólico de creación en creación.*” Por preconcepciones sesgadas y limitadas, que no permiten una cercanía real con apertura necesaria, el arte terapia todavía no es mayoritariamente considerada como un elemento válido dentro de una intervención clínica. Esto ha generado que su implementación en la práctica clínica no sea tomada en cuenta para ningún trastorno, incluida esquizofrenia, en el grado en que merecería.

Por tanto, esta investigación pretende examinar el efecto que tiene el arte, especialmente las artes plásticas, sobre pacientes con esquizofrenia mediante la intervención clínica de arte terapia. A continuación se indagará en los antecedentes del arte terapia y de la esquizofrenia.

## **Pregunta de Investigación**

¿Puede el arteterapia ofrecer elementos de apoyo para el tratamiento de la esquizofrenia en nuestro medio, en los Hospitales psiquiátricos Sagrado Corazón y Julio Endara?

## **Propósito del Estudio**

El objetivo del estudio es conocer y evaluar los beneficios del arteterapia en la intervención clínica de la esquizofrenia. A partir de su realización, se buscaría aumentar la apertura y acogida del arteterapia y modificar la percepción limitada de la sociedad ecuatoriana y de algunas instituciones psiquiátricas en cuanto a la expresión artística y al arte como elemento terapéutico.

## **El significado del Estudio**

La importancia del estudio recae en una propuesta innovadora de un elemento de apoyo para la intervención de esquizofrenia en Ecuador: el arteterapia. La utilidad del estudio está dirigida mayormente a los hospitales psiquiátricos dentro del país, con dos fines en específico: eliminar diversos prejuicios, tanto sobre el arte como sobre los pacientes con esquizofrenia, que no sólo evitan la evolución de la psicología y psiquiatría, sino que también ralentizan el progreso y mejora del paciente y promover una reevaluación y reconsideración de la implementación del arteterapia como herramienta válida y productiva en la intervención clínica de sus pacientes. En Ecuador, la prevalencia de estudios de éste ámbito,- arteterapia y esquizofrenia-, es baja. No se han realizado muchas investigaciones de esta dimensión en el ámbito mencionado, por lo que se puede considerar que será una de las primeras.

A continuación se encuentra la revisión de bibliografía dividida en nueve capítulos con sus respectivos subtítulos. Después se continuará con el análisis del estudio, las conclusiones,

la discusión y por último se adjuntarán las entrevistas psiquiátricas en los anexos y las referencias.

## REVISIÓN DE LITERATURA

### Fuentes

Toda la información de la revisión de literatura de este trabajo de investigación procede de fuentes académicas que incluyen journals, libros, artículos de revistas científicas, libros, revistas indexadas, bases bibliográficas como PubMed, ScienceDirect, ElSevier, etc. y bases de datos como JSTOR y EBSCO acerca de psicología arte, esquizofrenia, creatividad, arteterapia, neurociencia, psiquiatría, farmacología, etc., y también fuentes como entrevistas, conferencias, videos, observación, entre otros. Se accedió a toda esta información mediante Google Scholar, los recursos electrónicos y la biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito. En cuanto a la búsqueda, básicamente consistió en ingresar las palabras clave para cada capítulo y tema como por ejemplo: *antipsicóticos atípicos, arteterapia, tratamiento de la esquizofrenia, utilidades del arte, etc.* Tras conseguir la información para cada tema de manera general y específica, resultaba posible afinar la búsqueda con aspectos todavía más específicos de cada tema y así relacionarlos entre ellos.

### Formato de la Revisión de la Literatura

La siguiente revisión de literatura mantendrá un diseño organizado mediante los temas de cada capítulo y estará dividida en seis capítulos con sus respectivos subtemas. El primer capítulo presentará el arte y arteterapia, el segundo expondrá la intervención clínica y los tratamientos farmacológicos y psicológicos para la esquizofrenia; después se evaluará la esquizofrenia según el enfoque de la psicología fenomenológica; posteriormente, los descubrimientos en neurociencia en cuanto al arte y a sus efectos en las estructuras cerebrales; el quinto capítulo tratará sobre las interrogantes con respecto al acercamiento al arte a partir de un estado psicótico; y como último capítulo, se hablará sobre los casos en nuestro medio, a

través de entrevistas a profesionales de la salud mental de dos instituciones psiquiátricas en Quito - Ecuador: Institución psiquiátrica Sagrado Corazón y el Hospital Psiquiátrico Julio Endara.

## Capítulo 1. Arte y Arteterapia

### 1.1 Arte

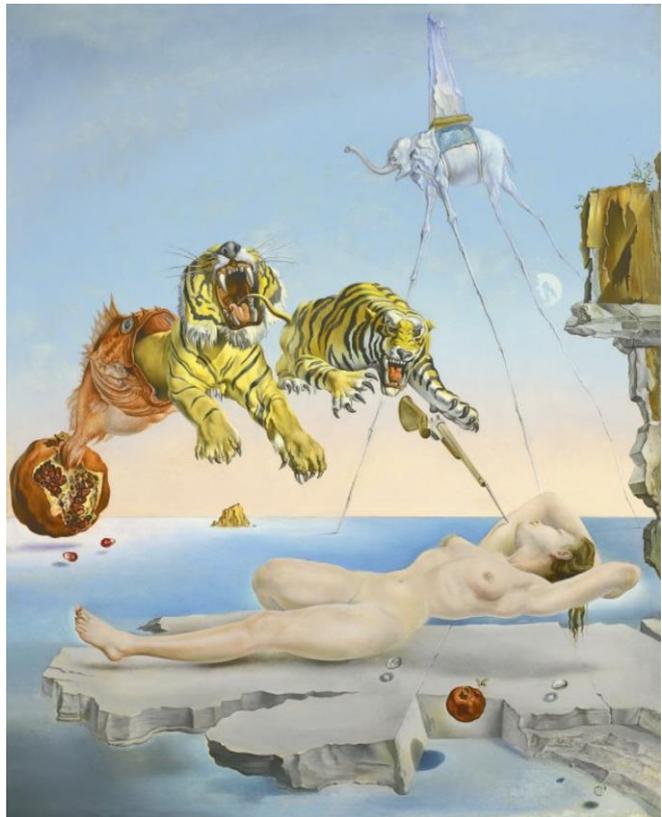
¿Existe algún sentido, motivo, razón o explicación para que una persona ilustre un paisaje dramático contrastando con un arlequín hiperlaxo que se estira sobre una superficie cubierta por un mantel dorado mientras hace malabares con objetos como una pirámide, un cubo y dos esferas, las cuales han sido convertidos en naranjas? (figura 1) o para plasmar en un lienzo de dimensiones exuberantes, un tigre saliendo de la boca de otro tigre que a su vez sale de la boca de un pez naranja mientras una escopeta toca apenas el brazo derecho de una mujer desnuda suspendida a un centímetro de una superficie rocosa, y al mismo tiempo en el fondo del cuadro, se pasea atento un elefante con patas largas y delgadas (figura 2)? ¿Qué representa o qué significan los elefantes icónicos de Salvador Dalí en sus cuadros o la repetida imagen de personajes fantásticos en las obras de Michael Cheval? ¿Qué sugieren los símbolos que se encuentran en las obras? ¿Podemos considerarlos símbolos? ¿Revelan algo del artista? ¿Por qué estas personas decidieron realizar obras de arte?

Son muchas las interrogantes suscitadas a partir de una obra de arte y de la actividad artística de las persona, pero lastimosa y/o felizmente, no hay respuestas certeras, estandarizadas o unificadas para estas preguntas. Las respuestas son tan subjetivas, distintas, y personalizadas como los mismos artistas. Sin embargo, la pregunta por la práctica del arte, la expresión, creación y la creatividad humana ha sido motivo de investigación y múltiples propuestas desde hace muchos años. Por tanto, este capítulo se limitará a hablar de dichos temas principalmente, sin dejar de lado el recurrente intento de indagar y analizar, desde una perspectiva y posicionamiento personal, las distintas obras que se presentarán a lo largo del capítulo.



Figura 1. *Analogía comparativa II*, Michael Cheval (sf.).

Figura 2. *Sueño causado por el vuelo de una abeja alrededor de una granada un segundo antes del despertar*, Salvador Dalí (1944).



Sería relevante comenzar definiendo el concepto del arte. Se tomarán en cuenta dos definiciones provenientes de dos fuentes con el fin de unir las definiciones y complementar las ideas para generar un concepto más completo. Según la Real Academia de la Lengua Española, “*El arte es una actividad humana que tiene como fin la creación de obras culturales*” (2005). Dicha definición resalta el aspecto cultural en el cual el arte, así como lo son también las ciencias o las matemáticas, se ha visto envuelto desde hace décadas. Sin embargo, no se considera de manera explícita, en esta definición la idea de que el arte es uno de los medios que permite la expresión de la creatividad humana como tal, sin un fin necesariamente cultural, sino más bien personal e íntimo. Por otro lado, el Diccionario de Oxford (2019) define el arte como “*La expresión o aplicación de la creatividad humana e imaginación, típicamente en una forma visual como pintura o escultura, produciendo obras para la apreciación principalmente de su belleza o poder emocional*” (traducción propia). Esta definición por otro lado, menciona la expresión de la persona y la apreciación de la belleza, sin embargo no considera como tal la importancia del rol de la sociedad y la cultura en la apreciación y aceptación de una obra de arte.

Como ya se conoce, el arte tiene la edad del ser humano. Gracias a varios arqueólogos y antropólogos, actualmente existe evidencia de murales rupestres pintados en cavernas hace miles de años. Un ejemplo fascinante son las pinturas rupestres (figura 3) realizadas por neandertales en tres cuevas española: *La Pasiega* (ubicada en la provincia Cantabria), *Maltravieso* (ubicada en la provincia Cáceres) y *Ardales* (ubicada en la provincia Málaga) hace 64,000 años (El Cultural, 2018). La creatividad de los humanos les permitió encontrar los materiales necesarios para ilustrar sus ideas. En el caso de otra pintura de la cueva La Pasiega (Figura 4.), las figuras fueron realizadas con pigmento natural de color ocre o rojo.



Figura 3. Pintura rupestre en la Cueva La Pasiega hace 64,000 años. (Foto: P. Saura)

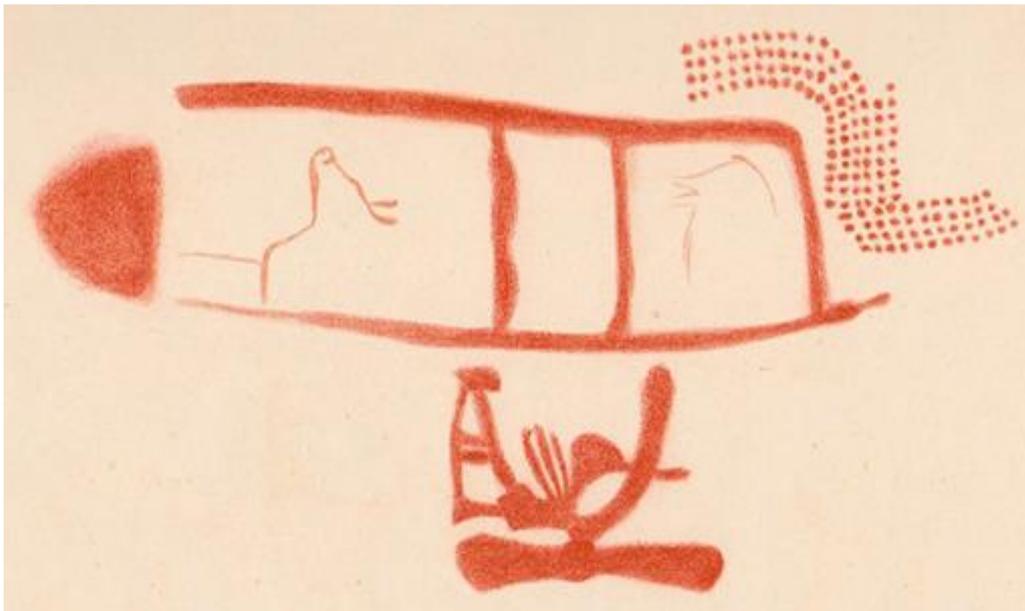


Figura 4. Replicación hecha por Breuli et al. (1913) de un dibujo del panel 78 en la cueva La Pasiega.

Los posibles significados de las figuras y de los símbolos en las pinturas de dichas cuevas son varios y no es posible asegurar su veracidad debido a que están sujetos a una interpretación, que por más global que se muestre, no deja de variar dependiendo de la situacionalidad y subjetividad de la persona que aprecia la obra. Sin embargo, lo que sí es posible afirmar es que el ser humano ha tenido siempre la necesidad urgente de expresar su individualidad, creatividad, narrativa, etc. y uno de los medios a través de los cuales lo ha logrado, es el arte.

También resulta importante mencionar que la motivación para crear una obra puede suscitarse de situaciones extremas, horrorosas, insoportables e incluso traumáticas. Que la expresión humana pueda lograrse mediante el medio artístico para muchas personas es absolutamente relevante y necesario, ya que puede ser el modo en que ellas logren manejar, neutralizar y finalmente sobrevivir a una experiencia o realidad devastadora. Un claro ejemplo de la urgencia por expresión debido al sufrimiento en el caso generado por el holocausto judío se puede ver en la Figura 5., que muestra una pintura creada por Pierre Manía en 1943 durante su estadía en el campo de concentración de Buchenwald, Alemania, titulada *El Transporte*.



Figura 5. *El transporte*, Pierre Manía (1943)  
carbón sobre superficie desconocida.

Las pinturas poseen un poder comunicativo formidable, son incluso a veces la única forma de expresión que representa fielmente el sentimiento o sensación del artista con respecto a una experiencia o vivenciar. Se percibe en la pintura la angustia, sufrimiento y desesperanza de las personas al ser trasladadas a los campos de concentración. Estos sentimientos causados por la deshumanización junto a la abolición de la individualidad, probablemente sólo podrían ser expresados de manera tan precisa, a través de un medio no verbal.

Cabe mencionar a breves rasgos la común relaciones entre la persona creativa y su medio; se sabe que las ideas o propuestas y creaciones de los artistas y creativos, usualmente no son acogidas en su época, sino en la posterior, la sociedad contemporánea en ese momento no está preparada para explorar divergentemente dicho tema. Resulta ser como si la persona creativa ha trascendido el espíritu de su época para proponer una idea adelantada a ella y por tanto no suelen ser comprendidas por el ámbito ni aceptadas en el campo específico de exploración, tendrán que llegar nuevas generaciones con nuevas perspectivas, ideas y formas de solucionar un problema para detectar dicha idea que se propuso previamente (Mihaly, 2006, pp. 45-48). Sin embargo, no por la común falta de inclusión en el medio, se puede negar el indiscutible aporte creativo e incluso trascendental en ciertos casos, y por ende el beneficio global que aporta tal obra. Como lo menciona el teórico del arte y pintor, Kleiman, “el artista es un adelantado que descubre los espacios del Deseo, conquista terrenos, hace el trabajo para que los demás puedan luego, al observar la obra, recorrer y colonizar un territorio previamente descubierto y pacificado” (Kleiman, 1997, p. 109).

## ***1.2 La naturaleza creativa del ser humano***

Hay varios conceptos para la creatividad que varían según el enfoque y aproximación teórica, por tanto, con el fin de determinar un concepto del término creatividad para esta investigación, se han propuesto algunos conceptos que comparten una idea general de la creatividad. Corbalán-Berná entiende la creatividad “como la capacidad de utilizar conocimientos e informaciones de forma novedosa, y de hallar soluciones divergentes a los problemas” (2008, p. 12). Esta definición es muy cercana a la que propone Mihaly Csizentmihalyi en su libro *Creatividad* (2006), él afirma que “es un proceso por el cual dentro de la cultura resulta modificado un campo simbólico” (p. 23), este concepto resalta la aceptación de la cultura que le proporciona un lugar a la idea creativa de una persona, debido a que considera que estos cambios e invenciones no se producen como lo hace la evolución biológica, es decir automáticamente, por tanto requieren de una evaluación y aceptación sociocultural. Otro autor que brinda una definición congruente con las anteriores es Heerlein, en su libro *Creatividad, Genio y Psiquiatría* (2010), él menciona que la creatividad es la capacidad y destreza de crear o generar un concepto, una obra o una idea nueva, hacer algo que no existía antes (p. 20) y además añade un hecho muy importante del que se hablará posteriormente, y es que cuando la capacidad creativa de una persona aumenta, también lo hacen sus posibilidades de diferenciación y perpetuación (p. 19). Y por último, se considerará la definición de la psiquiatra Chávez que expuso en una de sus investigaciones (2001). Ella afirma que la creatividad en primer lugar es un proceso que consiste en producir algo nuevo o incluso transformador, de tipo conceptual, material o estético (p. 41).

Ahora bien, antes de profundizar en la creatividad revelada mediante la obra artística, cabe considerarla desde un punto de vista evolutivo y mencionar entre sus múltiples funciones, la de instinto de supervivencia, de este modo se podrá entender con mayor claridad una de las razones más importante del por qué es parte de la naturaleza humana. La

creatividad, como lo expone Heerlein, “es una de las principales armas de adaptación de la especie” (2010, p. 18). Tanto los humanos como algunos mamíferos debían buscar alternativas creativas para encontrar las soluciones a las demandas del ambiente, y lo hacían, por tanto las distintas especies se han ido preservando a lo largo del tiempo. En cuanto al aspecto neurológico que permite en cierta medida tener la capacidad de ser creativos, la corteza prefrontal del ser humano, estructura en donde residen los componentes neuronales encargados de las funciones cognitivas y ejecutivas superiores, se encarga de procesar información compleja del ambiente para buscar soluciones, elaborar estrategias, crear planes y adaptarse de manera innovativa al contexto en el que se encuentre (Rodríguez, 2010, p. 48). Posteriormente, las investigaciones y explicaciones neuronales sobre la creatividad comenzaron a centrarse en la producción de arte más que en el aspecto de supervivencia. Se sugiere que durante el proceso artístico y para que se produzca la originalidad y la inventiva, se da una interacción compleja entre varias estructuras cerebrales, no sólo las frontales, ni tan solo la activación del hemisferio derecho, antes pensado como el hemisferio creativo (Jung et al., 2010, p. 401), sino que también se ve implicada el sistema límbico por ejemplo, que está “encargado de gestionar las respuestas fisiológicas ante los estímulos emocionales durante el proceso creativo” (Flaherty, 2005, p. 149).

El ser humano está diseñado para ser creativo y podría haber repercusiones a largo plazo si esta capacidad no es explorada y utilizada en cierta medida. Sería complicado no utilizar la creatividad incluso diariamente, pues la interacción de la persona con su mundo, con terceros y la naturaleza demanda un cierto grado de inventiva que permitirá la adaptación y comodidad. De todos modos, es relevante mencionar que estudios de imagen cerebral demuestran que el lóbulo frontal es una estructura sensible a la estimulación a través de tareas o actividades que requieran de creatividad (Carlsson, Wendt y Risberg, 2000). Dicha afirmación es valiosa en tanto que se conoce que condiciones como la depresión clínica e

incluso la esquizofrenia tienen un efecto significativo sobre las funciones ejecutivas, ubicadas mayormente en el lóbulo prefrontal. Por tanto siguiendo la teoría mencionada, estimulación a través de ejercicios creativos que exijan y promuevan la motivación, flexibilidad cognitiva y pensamiento divergente, podrían ser beneficiosos para personas padecientes de estas condiciones (Flaherty, 2004, p. 27). Otra investigación, centrada en aspectos emocionales relacionados con la creatividad concluye que a mayor creatividad, mayor flujo cerebral en áreas cerebrales específicas de las emociones y del pensamiento multimodal (Chávez, 2004, p. 42). Esta afirmación revela el proceso dinámico producido por la creatividad, que para producirse demanda de una integración global de estructuras, generando así una activación sistemática del cerebro, que como ya se mencionó sería de gran utilidad para pacientes con trastornos o condiciones que no permiten una activación de ciertas estructuras o que han deteriorado ciertas funciones de las mismas.

Además del aspecto biológico y evolutivo, la creatividad tiene otra función crucial para el ser humano y es la capacidad de fomentar transformación individual y resiliencia. ¿Cómo podría considerarse el arte un proceso de transformación individual? Jean Pierre Klein proporciona la respuesta de manera precisa, “pues el fin no es desembarazarse de aquello que molesta, sino transformarlo en creación de sí mismo.” (Klein, 2006, p. 13). En primer lugar, como ya se ha mencionado anteriormente, el arte es una forma de expresión de la creatividad humana y es esta expresión, ya sea producto de experiencias o sensaciones agradables y satisfactorias o de eventos devastadores, caóticos o desgarradores, la que permite la transformación de los acontecimientos positivos o negativos en potenciales enseñanzas, que generan crecimiento, aceptación y reconciliación con la vida, que en un inicio parecer ser la causante o culpable de dichos acontecimientos. Klein enfatiza en un aspecto característico de las personas que consiste en retraer e incluso alejarse o negar todo aquello que les causa sufrimiento, pero el dolor puede ser transformando generando un

cambio esencial en la persona; si se utilizaría la fuerza y energía de todo ese material, consciente e inconsciente, le sería posible sanarse mediante el crecimiento, transformación y cambio de la perspectiva. Esta capacidad no se limita a personas mentalmente estables, sino que se extiende a la humanidad en general, independientemente a la condición mental de cada persona. *“El sujeto sumamente creativo toma todo lo que conforma su mundo externo y su mundo interno—inclusive su patología sistémica o mental—y lo “utiliza” para crear”* (Chávez & Lara, 2000, p. 8-9).

Cabe mencionar el énfasis que muchos autores le han otorgado al papel del sueño (fenómeno natural e inevitable del ser humano) al considerar la producción de ideas innovadoras, debido a que es considerado como una constante creativa que se ha mantenido durante todas las épocas. La relajación, descanso, meditación, el tiempo de ocio y el sueño son una fuente interna y profunda de pensamiento creativo (Dietrich, 2004, p. 1014). Los sueños revelan información y material que puede ser útil a la hora de indagar en uno mismo en una actividad de creatividad; además este material proviene del inconsciente, lo que indica que para que haya surgido a la conciencia, ciertos mecanismos de desinhibición cerebral se activaron, y son justamente estos mecanismos los que favorecen y promueven la creatividad (Bogousslavsky, 2002, p. 875; Stickgold, & Walker, 2004, p. 191).

Con el respaldo de la investigación que considera a la capacidad creativa como naturaleza humana, es posible proceder a indagar el campo del arte (especialmente pictórico) con base en ciertos movimientos artísticos que muestran las distintas visiones, perspectivas, narrativas y realidades de varios artistas que han expresado su creatividad a través de este medio.

### ***1.3 Movimientos artísticos relacionados con la psicopatología***

El siguiente análisis y apreciación de arte pretende exponer y a la vez comprender dentro de lo posible, la expresión humana y la búsqueda de abandonar el canon y las normas artísticas establecidas, a través del arte pictórico en distintos medios técnicos. Nuestra investigación se limitará a considerar cuatro movimientos artísticos específicos, que además de preocuparse primordialmente por la expresión, individualidad, sensaciones y sentimientos que motivan la creación de una obra, pueden en ciertos casos estar vinculados o relacionados, según varias investigaciones, con síntomas o aspectos característicos de ciertas condiciones mentales, como la esquizofrenia. Se explorarán: El *Art brut*, el *Dadaísmo*, el *Surrealismo* y el *Fauvismo*, con sus respectivos exponentes, de mayor influencia mundial y ejemplos de sus obras. También se mencionarán las propuestas sobre la evaluación del arte y las controversias suscitadas alrededor de ello. Y por último, se hablará a breves rasgos sobre las creencias que vinculan la expresión artística de estos movimientos en particular, con la inestabilidad y enfermedad mental.

#### **ART BRUT/ OUTSIDER ART**

Jean Dubuffet introdujo este término que significa "arte rudo" o "arte burdo" (Peiry, 2001), es importante para este trabajo de investigación ya que inicialmente hacía referencia a las obras artísticas producidas por personas que padecen trastornos mentales, normalmente paciente hospitalizados en instituciones psiquiátricas, que llevaron el nombre de "artistas marginales". Años más tarde, Roger Cardinal creó una categoría o corriente más global, y la llamó Outsider Art; incluye tanto el Art Brut, como el trabajo de artistas primitivos, no estudiados, pero que no padecen ninguna enfermedad mental. Estos artistas no están influenciados por el régimen y establecimiento canónico del arte, ni por las convenciones del arte tradicional que generalmente es restrictivo (Cardinal, R. 1972). El Adolf Wölfli (1864-

1930), dibujante suizo fue conocido como el mayor exponente del Art Brut. La figura 6. muestra un claro ejemplo de esta corriente, cuadro realizado con técnica mixta y con una dimensión de 14 metros, pintado por la artista suiza Aloise Corbaz, otro símbolo del Art Brut. Sus obras fueron incluidas en la colección inicial de arte psiquiátrico de Jean Dubuffet, además fue una de las pocas artistas femeninas de esta categoría.

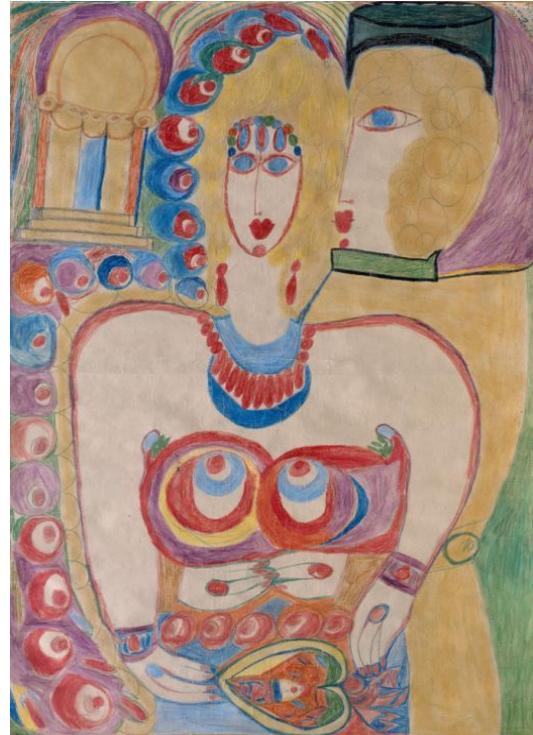


Figura 6. *El apartamento Theatre* - Aloise Corbaz 1951.

## DADAISMO

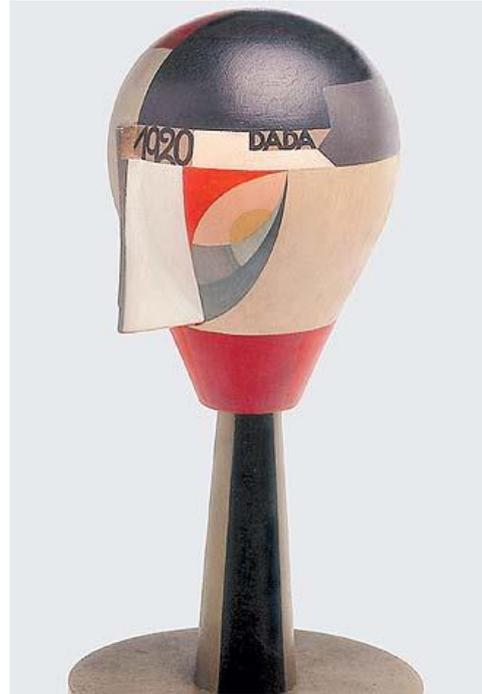
El *Dadaísmo*, proveniente de la palabra *dadá* (balbuceo), es un movimiento artístico nacido en Zurich, Suiza, en 1916 durante y debido a la primera guerra mundial. El motivo principal (*leitmotiv*) que tenían los promotores de este movimiento, un grupo de músicos, escritores y artistas especialmente plásticos, que estaban en contra de la guerra y de los sistemas establecidos, era promover la libertad a través del acto de creación y hacer “tábula rasa del pasado”, del sufrimiento y de la brutalidad incontrolable y desmesurada de la guerra (Elger, 2004, p. 17) . Buscaban producir obras artísticas basadas en la ironía e irracionalidad y así provocar un efecto de *shock* en el público, con el fin de imponer un nuevo orden irracional y finalmente una forma de vida. El medio y la técnica correspondientes a este movimiento no se limitaba al collage, instalaciones, *ready-mades*, fotomontaje, etc., que son

técnicas completamente nuevas que se introdujeron con el dadaísmo, si no se que extendió básicamente a todo aquello que pueda ser utilizado para crear una obra o que por sí solo pueda transformarse en una. Una de las obras más emblemáticas y conocidas perteneciente al dadaísmo es *La Fuente* de Marcel Duchamp (Figura 7.), y otro símbolo del arte dadá es la artista Sophie Taeuber-Arp, ella basaba su trabajo básicamente en composiciones geométricas y buscaba integrar este tipo de arte (abstracto) en la vida cotidiana. En la figura 8. se puede ver una de sus famosas cabezas dadá.

Figura 7. *La Fuente*,  
Marcel Duchamp, 1917  
(urinario de porcelana. 33  
x 42 x 52 cm.)



Figura 8. *Cabeza Dadá*, Sophie Taeuber-Arp, 1920.



## SURREALISMO

El *surrealismo*, es primordialmente un movimiento cultural que involucra un estilo artístico particular, fundado en París, en 1924 por André Breton y eventualmente esparcido por todo el mundo. Este estilo, a diferencia del resto hace hincapié en la mente subconsciente o inconsciente para la producción artística. Al igual que el *Dadaísmo*, no busca brindar al espectador una comprensión racional, lógica o estética de la obra. Este movimiento es considerado relevante para la investigación debido a la conexión que mantiene con los sueños y el material inconsciente; como ya se ha mencionado anteriormente, los sueños son una fuente potencial para la producción creativa, pues mantiene relación íntima con un material no percibido o consciente, el mismo que puede resultar en una obra artística. Incluso tuvo una fuerte influencia por parte del trabajo psicoanalítico Freudiano y Jungiano. Artistas como Joan Miró, Man Ray, Max Ernst, Giorgio de Chirico, René Magritte, etc. fueron parte de este movimiento. La figura 9. (A y B) muestra dos obras del mayor exponente surrealista, Salvador Dalí (1904-1989), la figura 10. muestra una obra realizada en la técnica de medio

mixto, que incluye: aguada, óleo y collage sobre cartón, de otro símbolo del arte surrealista, Max Ernst (1891- 1976). Y *la figura 11*. una famosa pintura de René Magritte (1898-1967), que ilustra el sin sentido característico del movimiento.

Figura 9.



A. *La Tentación de San Antonio*, Salvador Dalí, 1946



*B. Cabinet Anthropomorphique* - Salvador Dalí, 1982 (bronze).

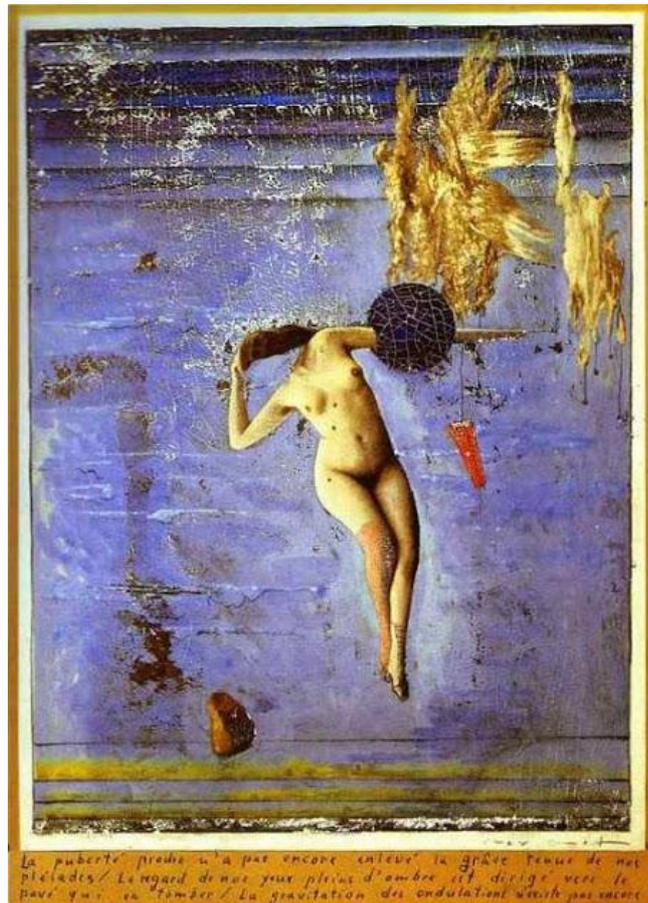


Figura 10. *Las Pléyades (La cercana pubertad)*, Max Ernst, 1921).

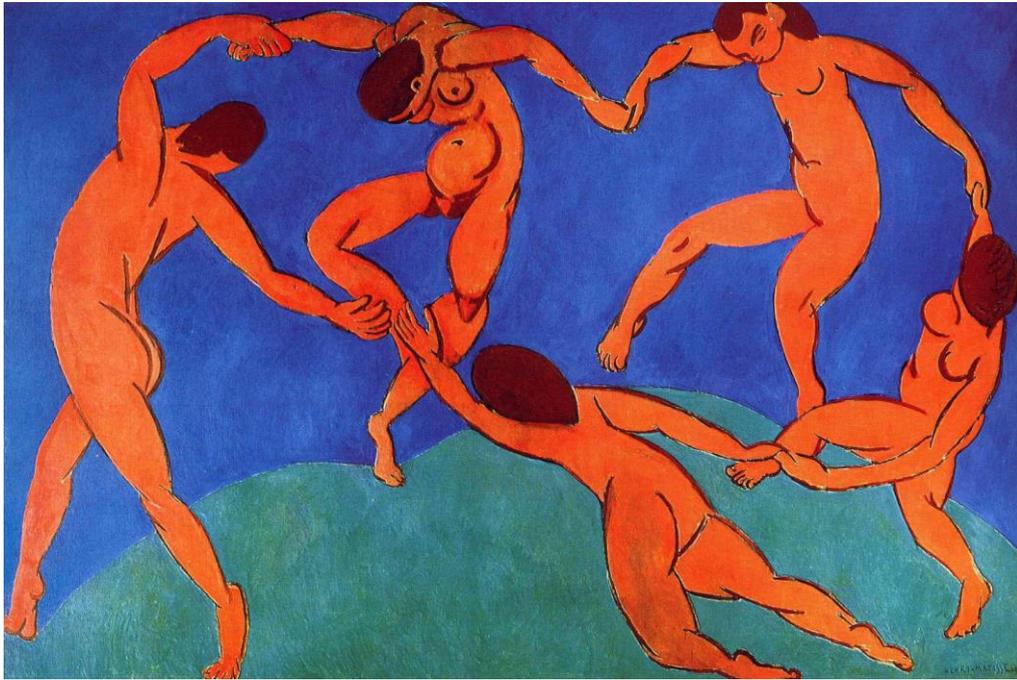


Figura 11. *La Trahison des images*, René Magritte 1929.

## FAUVISMO

El último movimiento artístico que se mencionará es el *Fauvismo*. Proviene del término francés *fauves* (bestias), que un crítico de arte atribuyó al estilo de las obras de artistas como André Derain, Maurice de Vlaminck, Albert Marquet, Henri Matisse, Raoul Dufy, etc. Lo que caracteriza las obras de los artistas *fauves* es la completa libertad ante la representación de la realidad y naturaleza; el uso del color y tonalidades puras, planas y sin tridimensionalidad o perspectiva es importante, pues le otorgaban más importancia al color que al dibujo como tal (Sanguinetti, 2003). En la figura 11 (A y B). se muestra una obra del pintor, muralista, grabador, dibujante, escultor, dibujante y uno de los mayores exponentes de esta corriente, Henri Matisse (1869- 1954).

Figura 12.



A. *La danza*, Henri Matisse, 1910.



B. *La Alegría de vivir*, Henri Matisse, 1905-1906.

Se han mencionado las corrientes artísticas de interés, sin embargo, aún queda inconcluso el motivo por el cual éstas en particular son reconocidas por mantener, en cierto nivel, una relación con la psicopatología. La expresión artística de todos estos movimientos comparte una peculiaridad y es que alude a la desinhibición, desapego estético y a la exploración personal como proceso precedente a la creación, pues los artistas se incluyen de manera compleja y completa en sus obras. Esto no quiere decir que los artistas de otros diversos movimientos no lo hagan o se involucren parcialmente, sino que éstos al enfocarse particularmente en su emocionalidad, irracionalidad y en su material inconsciente, han plasmado de manera única, aquellas sensaciones, perturbaciones y impulsos puros provenientes de la construcción de su propio self. Una conexión o intento de reencuentro con partes sensibles y desconocidas, puede conducir a experimentar síntomas aparentemente psicóticos o cognitivamente inestables, que las personas inmediatamente evaluarán como patológicos; no obstante, muchas veces responderá más a una conducta supra normal y saludable. En cuanto al poder de los artistas en general, es importante mencionar la capacidad de transformación y reinterpretación que poseen, en palabras de Matisse, “*el artista sólo ve verdades antiguas con una nueva luz, porque no hay nuevas verdades*”. Es probable que las personas sean capaces de crearse en la oscuridad (tanto por dificultades cotidianas, eventos catastróficos o por psicopatología) y recrearse en escenarios y situaciones nuevas, creativa y beneficiosamente; siempre y cuando logren la debida transformación que les permita adaptarse y que cumpla con la función de catalizar el nuevo material hacia versiones más humanas y profundas de sí mismo, y el arte es un medio por el cual aumentará la probabilidad de que esto ocurra.

#### ***1.4 El arte y la enfermedad mental***

Desde la edad media, se ha indagado el interrogante que expone la relación entre la psicopatología y la creatividad. En esta época se consolida la idea de que la patología mental está asociada con la genialidad y la creatividad. También se reconocía a la melancolía como característica fundamental de los artistas. Pero no entendida como una melancolía que usualmente estanca, sino, como lo menciona Chávez (2000): “se trata de una melancolía generosa que permite al espíritu sensible manifestarse por medio de expresiones artísticas” (p. 4), que transporta a un mundo de ideas, y que se mantuvo estable hasta el Renacimiento. Durante la época renacentista, se estableció la noción de que la locura es símbolo de humanidad, y que es posible hacer arte desde esa propia locura, es decir, desde la propia humanidad del enfermo mental. Aunque se reconoce que los conceptos e ideas, inevitablemente se han modificado, es interesante considerar la relación entre “locura”, arte y humanidad y notar cómo ciertos aspectos de estos conceptos siguen vigentes y que de hecho si se pueden relacionar.

A partir del estudio científico de Galton en 1869 sobre la creatividad, se han desarrollado muchas investigaciones sobre el mismo tema (Chávez & Lara, 2000, p. 2). Hay ejemplos biográficos como el de Schildkraut, Hirshfeld y Murphy (1995), Jamison (1993), Post (1994), etc. que han encontrado una relación entre los trastornos afectivos (con mayor inclinación hacia la bipolaridad) y la creatividad. Una de las propuestas de explicación se basa en que el “temperamento creativo es fenomenológicamente similar a la hipomanía” (Kopacz & Janikak, 1996, p. 647). Dado que el estado hipomaniaco incluye características como la impulsividad, euforia, desinhibición, hiperactividad, poca necesidad de sueño por el enorme flujo de ideas (fuga de ideas), extremada energía y por tanto mayor cantidad de horas en alguna ocupación, e incluso el involucramiento en varias actividades de alto riesgo, es posible encontrar en cierto grado, las similitudes en con algunos procesos artísticos. También

hay ejemplos de investigaciones relacionadas a la psicopatología de personas altamente creativas como la de Mraz y Runco (1994), Ludwing (1989), etc. Y también otras, particularmente enfocadas en pacientes psiquiátricos, como la de Sandblom (1989), Stoll (1996), Dowker (1996), Crowell (1994), etc. Estas investigaciones son un porcentaje minúsculo de la abundante cantidad de investigaciones que existen sobre la creatividad y sus posibles relaciones con diversas condiciones mentales, y sin embargo, el dilema, el debate y los cuestionamientos sobre dicho tema siguen vigentes.

Arnold Ludwing, realizó una investigación llamada *Method and Madness in the Arts and Sciences* (1998), en la cual participaron 137 artistas visuales reconocidos y más de mil personas entendidas en el campo de la psiquiatría, psicología y arte. Los resultados fueron sorprendentes, indicaron que existe un patrón conductual similar en algunos aspectos entre la expresión creativa y los trastornos mentales. También se encontró que las personas con profesiones que requieren aspectos o habilidades más intuitivas, emocionales, y subjetivas (p. ej. artistas), son menos emocionalmente estables que las personas que tienen profesiones que demandan formas de expresión más formal, lógica y objetiva. Dados estos resultados, Ludwing menciona dos conclusiones importantes. La primera es que “existe una relación significativa entre la ausencia o presencia de la enfermedad mental y formas específicas de expresión creativa, tanto en las ciencias como en las artes” y la segunda es que “estar mentalmente enfermo contribuye a la creatividad del artista” (Ludwing, 1998, pp. 93-97). Para concretar un aspecto de la relación, en otra investigación (1980), se evaluó a 61 pacientes con trastornos afectivos, para estimar la creatividad en pacientes psiquiátricos. Los resultados de este estudio mostraron una relación positiva entre la aparición de síntomas hipomaníacos y el aumento de la actividad creativa (Jamison, Gerner, Hammen, & Padesky, 1980, p. 201). Por último, también se ha sugerido dicha relación en cuanto a las características de la personalidad, particularmente el temperamento. El acto creativo, la

emersión de síntomas y finalmente algunos trastornos mentales, podrían suscitarse debido al temperamento de la persona, que es puramente genético (Chávez & Lara, 2000, p. 8.).

Cabe mencionar que estos y otros estudios relacionados al tema han generado controversias, y como toda investigación científica debe permanecer bajo supervisión y estar abierta a modificaciones. Sin embargo es importante considerar los resultados como una exploración y posibilidad, más no como una generalización y verdad inamovible que indica que el mismo patrón y relación se aplica a todos los artistas o a todos los pacientes con alguna condición mental.

Para aclarar la posición que se mantendrá a los largo del apartado y del proyecto de investigación, es importante recalcar que tanto las ciencias como el arte son formas de expresión creativa y disciplinas que se basan, por tanto, en la producción de ideas originales y creativas; sin embargo, no se relacionan de la misma manera con la enfermedad mental. Los resultados de varias investigaciones (Post, 1994, 1996; Ludwig, 1994, 1995; Richards, 1981; Jamison, 1993 & Andreasen, 1987) han demostrado que existe una relación significativa entre la enfermedad mental y los artistas altamente creativos, más no cuando se trata de científicos o investigadores. Por tanto, no se puede afirmar que la creatividad y la enfermedad mental están relacionadas, pues si fuera así, todas las personas creativas, sin importar el ámbito, padecerían alguna desregulación o inestabilidad mental, y no es así. Se ha comprobado que la relación está direccionada específicamente en el ámbito artístico. Pero si tanto el arte como las ciencias comparten un componente esencial, que permite su exploración y producción, entonces ¿por qué existe tal relación en un ámbito y en el otro no? La respuesta que proporciona Ludwig, basada en su libro *The price of greatness: Resolving the creativity and madness controversy* (1995), explica con claridad esta diferencia y se basa en la naturaleza misma de la expresión creativa de ambas profesiones. Es decir, en el arte, un aspecto muy valorado y fundamental es la expresión o reflejo de la visión del mundo del artista, ya que de

esta manera, el espectador puede experimentar e incluso acoger esa nueva forma de apreciar el mundo desde aquella experiencia personal. Esta aceptación y expectativa social de la perspectiva personal de los artistas, les permite enfocarse en la inspiración de la subjetividad y plasmar libremente sus experiencias y a la vez proponer una nueva forma de interpretación (Ludwig, 1995). Como lo afirma la siguiente frase: "*El arte es un modo de aprehender aquello que de otro modo es imposible captar, que excede de la experiencia humana.*" August Zamoyski.

Ello no sucede de igual manera para los científicos o investigadores, ya que ellos no pueden fundamentar su proceso creativo únicamente en la inspiración subjetiva de una experiencia aislada, o en la propia significación que le atribuyan a un suceso, sino que deben regirse en cierta medida a los hechos, conocimiento previo y objetividad. Otra diferencia fundamental es la aceptación que existe en el medio artístico con relación a la inducción de sustancias químicas, a las experiencias neuróticas o psicóticas que padezca el artista que promuevan o cumplan el papel de catalizadores para provocar un *insight* y o una idea creativa y original; sustancias que no son admitidas en el comunidad científica. Y por último, la respuesta social ante los productos científicos y artísticos también varían, pues los descubrimientos científicos son reemplazados todo el tiempo por unos más recientes y actualizados; a diferencia del arte, que no relaciona la cualidad de la obra, la belleza, el impacto, etc., con el tiempo que ha pasado o con las obras más recientes, incluso las obras clásicas han trascendido el tiempo y no serán reemplazadas por nuevas obras o movimientos artísticos modernos (Ludwig, 1998, pp. 93-95).

Además de tomar en cuenta la relación entre el arte, la expresión artística, personalidad, creatividad, grado de sensibilidad, emocionalidad y la vulnerabilidad a padecer de ciertas condiciones mentales, se considera relevante presentar el siguiente cuestionamiento: ¿Al considerar globalmente a una enfermedad o condición mental, se podría

tomar en cuenta la perspectiva que esta condición le brinda a la persona, como un aspecto positivo o beneficioso? Positivo en el sentido de permitirle a la persona vivenciar una perspectiva distinta a la habitual. El objetivo de este planteamiento no es sugerir que los trastornos deberían ser deseables y que no representan un problema de gran magnitud, sino considerar el lado beneficioso de vivenciar una perspectiva distinta, reconociendo por supuesto lo negativa, angustiosa y desagradable que pueda llegar a ser. Como se ha mencionado anteriormente, la creatividad puede surgir en todos los campos y de todas las experiencias, positivas o negativas. Sin embargo en algunos casos, tanto la exposición a una variedad de vivencias, como el cambio de perspectiva o enfoque, ya sea por un cambio de posicionamiento situacional o por una condición mental, podría favorecer la exploración interna de la persona, resultando en ocasiones en ideas originales o producción artística.

A continuación se mencionarán a ocho artistas que padecían de una condición mental; algunos de ellos mantenían ayuda psicológica o farmacológica y otros no debido a que utilizaban su problema como medio de exploración ya que les proporcionaba una visión y percepción distinta del mundo, que se traducían en material consciente e inconsciente para crear nuevas obras. En casos particulares, se puede notar la degeneración y degradación tanto de la persona como de sus obras debido al avance de la enfermedad, y sin embargo, decidían abstenerse de tratamiento, pues son sus sentidos y sensaciones (distorsionadas o no), su percepción de mundo, su desorganización y desestructuración (a cierto grado) a nivel cognitivo, emocional y sensitivo, aspectos que los han contribuido y hasta promovido la creación de miles de obras.

*“Detrás de las perturbaciones, en la mayoría de las veces, palpita una personalidad viva e intensa cuyos sentimientos son iguales que los de todos los seres humanos. Estos pacientes han conservado todas las calidades de la existencia humana, a menudo las más*

*sensitivas...*” En *Le sentiment de la personnalité, la dépersonnalisation et la cénesthésie* (Baruk, Launay, Meyer, & Roland, 1952).

El primer artista moderno, que ha generado mucha polémica y controversias debido a los múltiples análisis tanto de su persona como de sus obras, es el pintor holandés Vincent Van Gogh (1853–1890). Entre sus 20 y 27 años sufrió dos grandes episodios de depresión, ambos seguidos por periodos de auto descubrimiento, extrema energía y entusiasmo, en el primero se mostró como un evangelista y en el segundo, a sus 27 años, como un artista, en el que se mantuvo hasta sus 37 años, edad en la que se suicidó. Las características de su comportamiento han llevado a que varios especialistas, crean que podría cumplir con un diagnóstico de bipolaridad (Dietrich, 2002, p. 19). En 1888, a sus 35 años, cayó en estado psicótico de tipo agudo que incluía alucinaciones, delirios y agitación; fue hospitalizado tras mutilarse la parte externa de la oreja derecha y atacar a su compañero artista Gauguin, mismos eventos que no lograba recordar al recobrar la conciencia. El siguiente año, su ingreso en instituciones y hospitales psiquiátricos fue recurrente debido a nuevos episodios psicóticos transitorios y un intento de suicidio. La figura 12 (A). muestra la primera versión de la obra *Noche Estrellada*, titulada: *Noche estrellada sobre el Ródano*, la realizó el mismo año en que lo hospitalizaron, sin embargo, todavía no había presentado ningún síntoma psicótico, se encontraba comenzando su proyecto artístico; se mantenía optimista, y en equilibrio y armonía con la naturaleza. Y la figura 12 (B). muestra la reconocida pintura de Van Gogh: *Noche Estrellada*, la cual fue creada un año después de dos episodios psicóticos. El afirma haber pintado lo que veía desde su ventana en Arles (p. 22). Resulta muy sobresaliente las variaciones que existen en sus obras, antes y después de los estados psicóticos. Se puede notar la distorsión de la percepción debido al paso del tiempo de la enfermedad. A partir de ese momento, las obras de Van Gogh cambiaron por completo, se

reconocían como innovadoras, únicas, inentendibles para el público e inexplicables para él; es por este motivo que no logró atraer al público con sus obras, sino que tuvieron que pasar varios años después de su muerte para que sus pinturas y él fueran reconocidos como relevantes en el campo del arte moderno. Esta obra se encuentra expuesta actualmente en el Museum of Modern Art (MoMA) en Manhattan, Nueva York.

Figura 13.

A.



*A.Noche estrellada sobre el Ródano, Vincent Van Gogh, 1888.*



B. *Noche Estrellada* - Vincent Van Gogh, 1889.

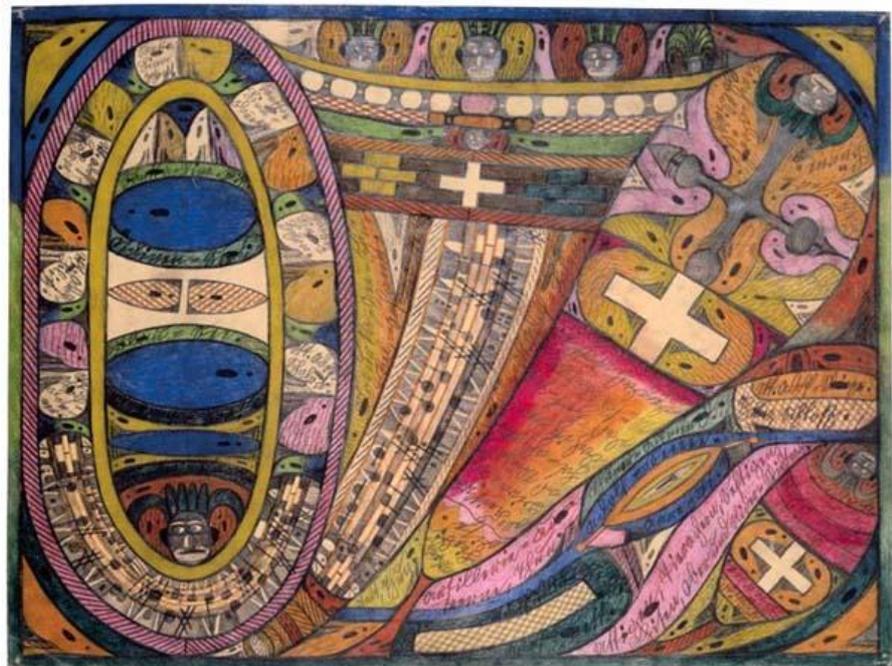
*"Yo no tengo la culpa de que mis cuadros no se vendan, pero llegará el día en en que la gente se dará cuenta de que tienen más valor de lo que cuestan las pinturas"* (Vincent Van Gogh). Es notable cómo el *espíritu de la época (Zeitgeist)* (Pujó, 2013, pp. 3-29) puede ser tan permeable, restrictivo y obstaculizante. Pero más notable fue la conciencia y el *insight* que tenía este artista no solo para darse cuenta del valor de su expresión, de sus obras, y de que efectivamente estaba adelantados a su época, sino también para sentir, reconocer su llamado espiritual y creativo y tener el coraje y valentía para tomar acción, independientemente de las limitaciones y controversias de la época; pues sabía que sería el medio para conservar en cierta medida el equilibrio emocional y mental.

El segundo artista es el dibujante y pintor suizo Adolf Wölfli (1864-1930), como ya se mencionó anteriormente, fue conocido como el mayor exponente del *Art Brut*. La mayor parte de su obra fue realizada entre sus cuarenta y sesenta años, durante esos años pintó más de cuarenta y cinco cuadros a gran escala, más de veinticinco mil páginas biográficas, mil

trescientos dibujos, bocetos y cuarenta y cuatro cuadernos de textos, en los cuales jugaba con la onomatopeya e inventaba palabras. Wölfli vivió la mayor parte de su vida en una institución psiquiátrica suiza y a sus treinta años fue enviado al asilo mental de *Waldau*, en donde le diagnosticaron esquizofrenia (por las repetidas alucinaciones y delirios) y lo declararon como un peligro para la sociedad, por lo pasó ahí el resto de su vida. Un médico del instituto, Walter Morgenthaler, inspirado e interesado por el trabajo artístico de Wölfli, publicó un libro referente a él, llamado *Ein Geisteskranker als Künstler* (Un paciente psiquiátrico como artista) (1921) (Spoerri, Baumann, & Gómez, 2003, p. 17). Se sabe que la mayor parte del tiempo mantenía un estado agitado, sin embargo dibujaba en sus periodos de mayor quietud (Spoerri, Baumann, & Gómez, 2004).

Figura 14.

A. *The Kander Valley in the Bernese Oberland*, Adolf Wölfli, 1926.



Sus pinturas y dibujos tienden a reflejar rostros, se basan en estructuras geométricas y forman patrones similares a los del *Arte Tribal*, con un detalle barroco. Es notable cómo Wölfli no busca invitar al espectador o un disfrute o deleite estético, sino que como algunos

curadores han mencionado, es “profundamente extraño y resistente a la interpretación” (Trujillo, 2008). La Figura 8. muestra tres obras (A., B., y C.) del artista realizadas en el psiquiátrico *Waldau* en sus últimos años de vida.

B. *General View of the Island*  
*Neveranger*, Adolf Wölfli, 1911.





C. *San Adolf con gafas entre las dos ciudades Niess y Mia*, Adolf Wölfli, 1921-1924.

Las pinturas de Wölfli son el reflejo de un estudio minucioso de su mundo interior, y comparten características notables, como es la musicalidad, orden y ritmo que emanan las formas, trazos y patrones de los cuadros, también el manejo y combinación de colores. Otra característica importante relacionada a su condición mental es que al pintar no dejaba espacios en blanco o sin pintar, pues el artista sentía que si se detenía o si dejaba un espacio en blanco, vendrían esos pensamientos negativos que le impulsarían a seguir trazando líneas, por tanto no tenía elección que seguir pintando. A este fenómeno, “terror al vacío” (horror vacui), clínicamente se lo reconoce como un síntoma de la esquizofrenia, proveniente de una alucinación, auditiva en este caso, o de un relato delirante (Serrano & Zendoia, 2007).

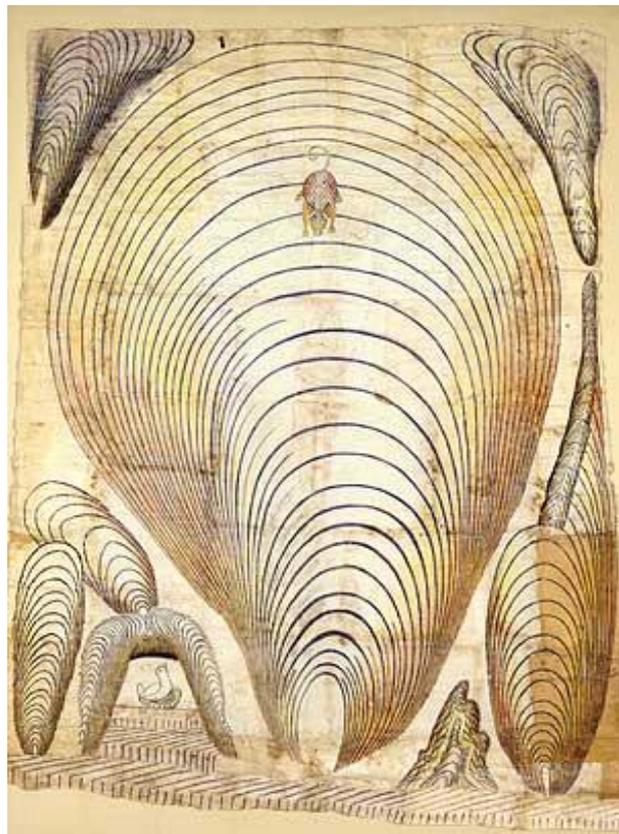
El tercer artista es el pintor mexicano Martín Ramírez (1895-1963), se descubrió como artista durante su adolescencia en la prisión, su estadía ahí le sirvió para crear y defender la idea de que las personas tienen la habilidad de transformar o transmitir sus experiencias, enojo y traumas. A sus 33 años, fue diagnosticado con depresión y

esquizofrenia (catatónica), por lo que pasó la segunda mitad de su vida internado en el *Hospital DeWitt State*, en Auburn, California, en el cual pasaba la mayor parte del tiempo pintando y dibujando (León, 2017, & Lynch, 2010). Ramírez pasó prácticamente toda su vida institucionalizado, primero en la prisión y después en un psiquiátrico, pero en su caso, fue justamente esa condición, la que promovió su pensamiento creativo, desde una perspectiva distinta, este al igual que todos los artistas, no dependen del lugar para crear ya que en su mente son libres. El artista expresionista Paul Klee expone una opinión importante con respecto al tema de la libertad:

*'We who love them understand that the insane refuse to be cured. We know well that it is we who are locked up when the asylum door is shut: the prison is outside the asylum, liberty is to be found inside (MacGregor, 1989).*

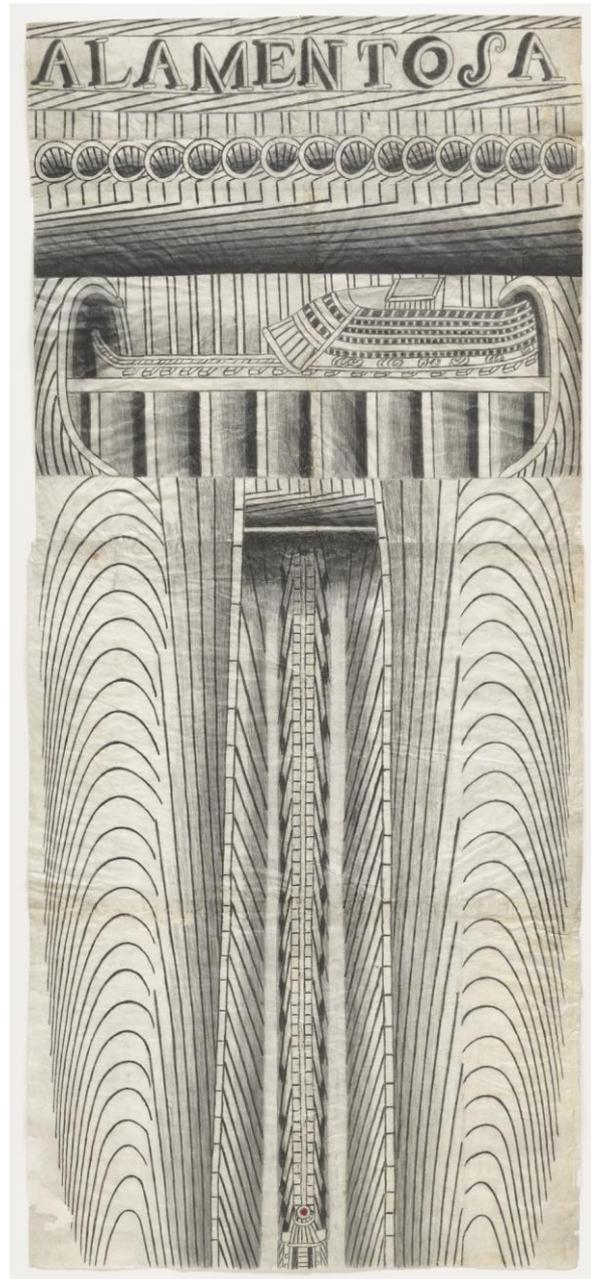
Figura 15.

A. *Cartin Cat Bird*, Martín Ramírez, s. f.



B. *Alamentosa*, Martín Ramírez, 1953.

La figura 15. (A y B) muestran dos de las obras más emblemáticas de Ramírez, expuestas en el MoMA, Nueva York. Su estilo usualmente se basaba en la representación de animales y figuras, espacios



vacíos y fondos que producen percepciones y sensaciones distorsionadas e interminables.

El cuarto artista del que se hablará es el famoso pintor londinense, Louis Wain (1860 – 1939). Perteneció al movimiento del *Art Brut*, mencionado anteriormente y era muy conocido por su afición por pintar gatos generalmente en escenas humanas. A sus 63 años, nueve años después de su mejor época como artista, fue transferido a la sala de indigentes del *Hospital Springfield*, debido a que declararon su estado mental como inestable, fue en ese lugar en el que le diagnosticaron esquizofrenia. Dos años más tarde, un grupo de personas

influyentes al enterarse de su situación, organizaron una fundación en su nombre y gracias a ellos, Wain a sus 70 años fue transferido al *Hospital Royal Bethlem* en Southwark, en el cual la atención e instalaciones eran mucho más humanitarias.

Figura 16.

A.



*Tea Party at Napsbury*, Louis

Wain, *s.f.*

Poco después, por motivos de una nueva localidad del hospital, lo transfirieron a un asilo del mismo nivel, el *Asilo Middlesex County* en Napsbury, cerca de Londres, en el cual permaneció en dicho lugar hasta su muerte, a los 79 años. Durante su estadía en los distintos establecimientos, no dejó de pintar, dibujar y hasta vender sus obras (Cook, 2009). La figura 15 (A). muestra la pintura titulada “*A Tea Party at Napsbury*”, que la pintó durante su tiempo en Napsbury, como lo indica el nombre, esta obra aún se encuentra exhibida en el museo de St Albans en Hertfordshire, Inglaterra. Y las figuras 16 (B y C) son ejemplos de pinturas características de Wain en las cuales se puede notar el proceso de su condición, debido a que gradualmente iban perdiendo estructura y forma.

B. *Byzantine Cat*, Louis Wain, *s.f.*



C. Compilación de varias obras de Louis Wain (*s.f.*)

Otro artista que tuvo un acercamiento con el arte y que padeció una enfermedad mental fue Josef Förster (1878 - ), fue diagnosticado con esquizofrenia y vivió prácticamente toda su vida en un hospital psiquiátrico en Ratisbona, Alemania. La figura 17. muestra la curiosa y única obra que realizó; es de carácter expresionista y perteneció a la colección “*Prinzhorn*”. En ella se puede apreciar la figura de un hombre ligero suspendido en el aire por dos varas largas, se puede notar como el hombre además de haber perdido gravedad por la ausencia de su propio peso, también ha perdido la posibilidad de comunicarse verbalmente con el resto, pues se muestra una venda sobre su boca (Mesa, 2016). No hay una sola interpretación de esta pintura, sin embargo, una vasta mayoría encuentra como símbolo principal la levedad que experimenta el hombre dada a su condición mental. ¿Podría la enfermedad mental brindar a la persona que la padece una sensación de libertad y levedad por la falta de conexión con la parte de uno mismo y el mundo, que actúan generalmente como limitadores e inhibidores de la conducta irracional y muchas veces instintiva? y ¿podría hacerlo también el arte, pero de una manera benéfica, que en lugar de partir de una desconexión, es el resultado de una conexión intensa con uno mismo?

Hans Prinzhorn (1886–1933), es un historiador del arte, físico, cantante, doctor de guerra, y creador de la famosa colección “*Prinzhorn*”, que consiste en 4500 piezas de 450 pacientes, de los cuales ochenta son mujeres, y la mayoría de ellos habían sido diagnosticados con esquizofrenia. Además sólo un tercio de los pacientes habían participado previamente (antes de estar hospitalizados) en actividades artísticas; para la mayoría de los pacientes fue en el hospital donde se expresaron a través del arte por primera vez. Con respecto a este tema, Prinzhorn describe de manera muy acertada que el arte “puro y auténtico” se puede encontrar con mayor facilidad en pacientes psiquiátricos, debido justamente a su “espontaneidad y a su expresión, que flota libremente” (traducción propia) (Hessling, 2001, p. 1913).

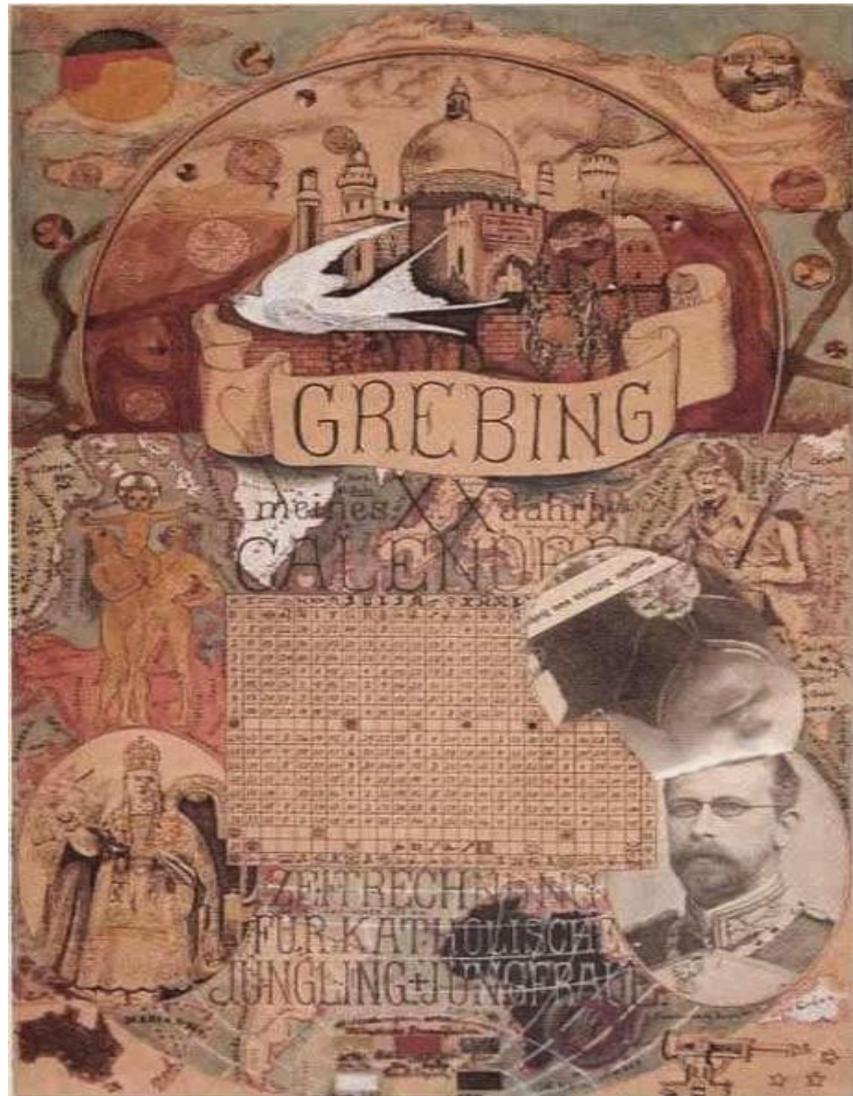


Figura 17. *Sin título* (Prinzhorn Collection), Josef Förster, 1916.

El siguiente caso también hace referencia a la búsqueda de orden y armonía a través del arte, el artista alemán Josef Heinrich Grebing (1879-1940), era un hombre de negocios que inesperadamente a sus 27 años fue recluido en el *Sanatorio Wiesloch* debido a que comenzó a experimentar síntomas de la esquizofrenia. Sus obras estaban generalmente plasmadas sobre antiguos cuadernos o libros de matemáticas y contabilidad. La figura 18. (A y B) muestra la composición estructurada y organizada que Grebing mantenía en sus obras, éstas también pertenecieron a la *Colección Prinzhorn*. Al parecer a través de ellas el artista

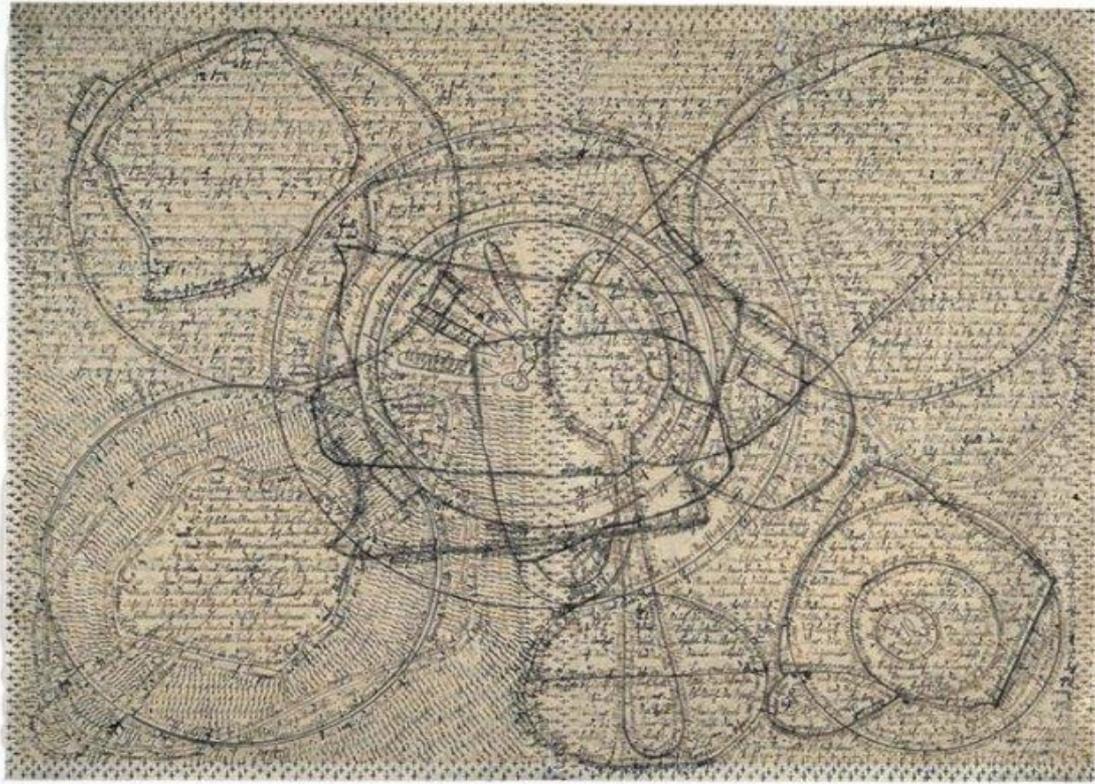
intentaba encontrar un nuevo orden o sistema extremadamente elaborado y armónico. Otras opiniones mantienen una perspectiva distinta que sostiene que dicha estructura lógica y organizada, conducía a un sin sentido, al absurdo y que realmente, sus obras eran una manera de expresar y reflejar la realidad de su mundo interno, más no una búsqueda de orden.

Figura 18.



A. Sin título, Josef Heinrich Grebing, s. f.

Sus obras fueron expuestas entre los años 1937 y 1941 y fueron denominadas como “arte degenerado” por socialistas alemanes, posteriormente los nazis exterminaron aproximadamente cuatro mil obras de la *Colección Prinzhorn*. No obstante, la colección, incluyendo las obras de Josef Heinrich Grebing resultaron ser una importante fuente de inspiración para artistas reconocidos como Ernst, Dalí, Picasso, etc.

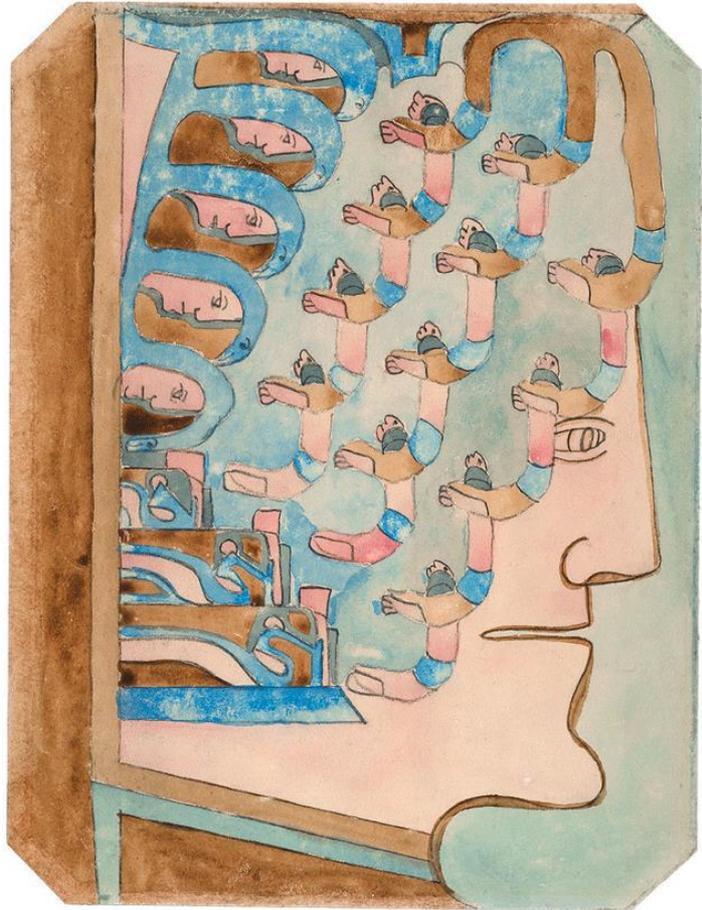


B. *Sin título*, Josef Heinrich Grebing, s. f.

El séptimo artista que padeció una enfermedad mental es August Klotz (1866 – 1928). Su biografía y sus obras fueron parte del libro *Artistry of the Mentally Ill* (Prinzhorn, 1972). Klotz comenzó experimentar síntomas psicóticos (escuchar voces) a sus 37 años, durante sus episodios depresivos.

Figura 19.

A. Wormholes (Wurmlöcher), August Klotz, 1919, (pintura No. 568 Colección Prinzhorn, Heidelberg).



Las voces que escuchaba eran amenazantes, obscenas y lo insultaban con frecuencia. Intentó suicidarse y eventualmente fue diagnosticado con esquizofrenia e internado en *Göppingen*, la clínica psiquiátrica de la Universidad de Heidelberg, Alemania. Prinzhorn mencionaba que August Klotz era de cierta forma distinto a los otros pacientes en cuanto a la creación artística, pues él tenía varios acercamientos a la creatividad, podía encontrarla prácticamente en todo. Una de sus obras podía empezar con simples trazos del contorno de una piedra sobre un papel. Es por este motivo que decía que él representaba a la perfección el

impulso creativo, en su forma más básica y pura: *"He always allows himself to be driven by momentary impulses so that his pictures generally incorporate the unconscious components of pictorial creation in a rare state of purity ... he composes completely passively, almost as a spectator, and afterward tries to interpret his configurations"* (p. 143). Las figuras 19. (A) y (B) pertenecen a la *Colección Prinzhorn*. (Prinzhorn, 1972; Luhrmann, 2018).



*B. Republik, August Klotz, s.f (Colección Prinzhorn, Heidelberg).*

A continuación, se comentará el caso de la artista suiza Aloïse Corbaz (1886- 1964), su obra corresponde al movimiento del *Art Brut*. Su infancia tuvo varias dificultades, su madre murió cuando era pequeña y su hermana mayor tomó su lugar; era extremadamente restrictiva y su cuidado era severo. Aloïse terminó el colegio e inmediatamente entró a una institución profesional de costura. A los 25 años, partió a Alemania como institutriz particular, después ejerció como educadora infantil. Debido a la declaración de la guerra en 1914, regresó a su hogar y es en este momento cuando su familia se da cuenta de su

comportamiento inusual, que según el DSM-5 (2013), son reconocidos como síntomas positivos de la esquizofrenia. Aloïse comenzó a aislarse para redactar escritos de tipo religioso, aseguraba ser pacifista y antimilitarista, decía ser un chivo expiatorio y víctima, también creía estar embarazada de Cristo y gritaba en las calles que estaba siendo asesinada. A sus 32 años fue ingresada en el *Hospital Psiquiátrico Universitario de Cery*, diagnosticada con demencia precoz<sup>1</sup>, sin embargo ya se mostraban síntomas psicóticos. Aloïse comenzó a llevar una vida paralela a la que mostraba; a través de escritos expresaba sus emociones, pensamientos y su excesivo sufrimiento. Los síntomas avanzaban con rapidez y pronto comenzó a experimentar síntomas negativos como parálisis corporal (catatonia). Dos años después fue transferida al Asilo de la Rosière, dirigido específicamente para pacientes crónicos, el régimen era mucho menos exigente y había poca disciplina. El cambio no pareció ayudar a Aloïse, sus síntomas eran más severos, tenía mayores dificultades fisiológicas e incluso comenzó a mostrarse violenta y desinhibida sexualmente (Vassiliadou, 2001, pp. 62-83). Sus obras usualmente representan figuras de mujeres y acentúan varias características femeninas; al igual que las de Wölfli, influenciaron significativamente a varios artistas como Gladys Nilsson y André Breton (Bowman, 1992, p. 163), quien incluso utilizó una de sus obras más conocidas, *La Reina Victoria*, para la edición de su libro *Le surréalisme et la peinture* (1965). La figura 20. (A, B, y C.) muestran distintas obras de la artista, en todas ellas se utiliza una paleta de colores muy amplia, un uso de colores planos, y expresan gran emocionalidad. Como ya se había mencionado, Aloïse Corbaz es una representante del Art Brut, y el estilo de este movimiento artístico es evidente en sus pinturas, ilustran el estado más puro del artista, sus trazos y figuras podrían considerarse piedras preciosas recogidas de las vísceras del inconsciente.

---

<sup>1</sup> El término de *demencia precoz* antiguamente era considerado lo que en tiempos posteriores se denominó como esquizofrenia.

Figura 20.



*A. Mariage du roi  
de Grèce, Aloïse  
Corbaz, s.f.*



*B. Mickens, Aloïse Corbaz, s.f.*



*C. Napoléon dressé sur le monde, Aloïse Corbaz, s.f.*

El noveno artista es Bryan Charnley (1949-1991), pintor Inglés que fue diagnosticado esquizofrenia a sus veintiún años, realizó una serie de diecisiete autorretratos, “*Self Portrait Series*” (1991), durante un poco más de tres meses para demostrar los efectos y el proceso degenerativo de su condición mental. La serie fue exhibida un año después de su muerte (1992) en Londres, en la *Galería Nacional de Retratos* (Trujillo, 2008). A continuación, en la Figura 21. se muestran los distintos estados de su enfermedad a través de sus cuadros; todos los cuadros están hechos en óleo sobre lienzo con una medida de 51 cm. X 51.cm. El pintor también añadió adjunto a varias obras, una corta descripción de su estado anímico y la dosis de medicación que estaba ingiriendo durante el proceso del cuadro y unos días antes. Una característica que se repite en casi todas las pinturas son las líneas curvas que parecen salir de la cabeza del artista, y él afirma que reflejan la sensación que le dan las vibraciones que emanan de su cabeza. La primera figura (A) muestra el estado inicial de Charnley al

comenzar la serie, menciona que había dormido mucho y que la dosis ingerida era: 2 tabletas de 3 mg. de Depixol (o Flupentixol) (antipsicótico/ neuroléptico) y 2 tabletas de 25 mg. de Tryptizol (antidepresivo tricíclico). En la siguiente figura (B) Charnley menciona encontrarse “paranoico, confundido y sensible a las voces humanas, como un animal salvaje (...)”. Había reducido la medicación a una tableta de Depixol en lugar de dos. La figura C. pintada tan solo doce días después muestra una percepción de sí mismo más reduccionista, sin embargo se mantiene organizada. El artista menciona no haber podido concentrarse durante la obra. En efecto, uno de los síntomas del antipsicótico Depixol, es la potenciación de la concentración (ClinicaDAM, 2008). También incluye en su discurso un delirio repetitivo que consiste en que las personas, especialmente sus vecinos tienen acceso a su mente, esto lo atribuye a una mayor agudeza sensorial. En la figura D. realizada al siguiente día, incluye elementos como la pipa, debido al alto consumo durante el día y su propia sangre en la frente del dibujo, con el fin de mostrar su intento por “superar el dolor mental que estaba sintiendo”. La dosis de la medicación se mantenía igual y se debe recalcar que hay una mayor desorganización en la pintura. En la noche de ese mismo día Charnley había consumido quince tabletas de Depixol, sin mayor efecto orgánico. La figura E. mantiene nuevamente una composición geométrica e incluye el cigarrillo con una equis sobre él debido a una fuerza espiritual que el artista expresa haber sentido, que le prevenía y le advertía sobre el posible daño de esa sustancia. La figura F. se explica mediante las palabras del artista: *“No tenía energía para nada más. Esto lo expresa la larva. El estado aletargado de los insectos (...) Mi complejo de Edipo es representado por el falo encapuchado. El conflicto con mis pensamientos es expresado por el hombre con dos cabezas, uno es una nariz. Con la ropa tendida quiero decir que mis pensamientos están expuestos. Las cruces partidas hacen referencia a la esquizofrenia, siendo una especie de crucifixión al ego”*. La figura G. realizada casi un mes después de la primera obra, incluye nuevamente una representación figurativa naturalista del rostro,

acompañada de varios elementos que le dan un sentido surrealista a la obra. Menciona que ha mantenido la dosis de la medicación, sin embargo la emocionalidad del artista se encuentra inestable y angustiada, muestra sentimientos de aislamiento y de incompreensión. En la siguiente figura (H) se vuelve a distorsionar la imagen, el retrato refleja caos, sin embargo, aumentó la exploración de colores y formas. El artista refleja la desesperanza de su estado emocional actual con la siguiente declaración: *“Soy un objetivo sin esperanza a la victoria, sólo me espera la humillación total”*. La figura I, en primer lugar muestra la reducción del antidepresivo Tryptizol a una sola tableta, lo que afectó y redujo el sueño del artista. Él confirma la proyección intensa e involuntaria de su mente, y es por eso que en este retrato pintó una boca sobrepuesta a su cerebro, lanzando un grito mientras que su boca está prohibida del habla con un clavo, que representa la *“ineptitud social”*. La figura J. es el décimo retrato de la serie. Está elaborado con una cromática distinta al resto de obras, el artista utilizó distintos tonos de azul para reflejar su estado depresivo (*feeling blue*) tras reducir la medicación. El discurso que mantiene continúa siendo parte de un delirio: *“Me preocupa mucho la radio y la televisión, porque parece que estoy interfiriendo con las señales y me estoy exponiendo, lo cual es humillante”*. La siguiente figura (K), aunque pertenece a la serie del autorretrato, refleja un corazón sumergido en el caos. El artista parece haber conectado en mayor medida con sus sentimientos, lo que le llevó a darle una explicación emocional a su condición mental. Adicionalmente, hace seis días redujo completamente el antidepresivo (Tryptizol) y a una tableta el Depixol. La figura L. muestra simetría y manejo del color, sin embargo el retrato naturalista se ha distorsionado y simplificado. Durante aquel momento, el artista se encontraba indagando sobre su condición vital, se cuestiona: *“Las patas de araña que representan mis inhibiciones, parecen ser mi condición general”*. En la siguiente figura (M) predominan elementos como cáscaras de huevo, y labios volando junto a pájaros. El artista afirma sentirse suicida. La siguiente (N)

muestra una composición distinta y al igual que en las últimas obras, el retrato no se refleja como naturalista, sino que muestra muchos simbolismos. La cognición de Charnley se ha redireccionado a la intrusión y victimización: "*¿Acaso sólo quieren divertirse? Una intrusión en mi vida mental interior, como si todos tuvieran un pie ante mi puerta. Boca clavada y lengua amarrada, no tengo ninguna respuesta efectiva*". La figura O. muestra una de sus últimos retratos, el fondo plano coincide con el del primer cuadro. Los sentimientos que expresa son de miedo, ira y dolor, los mismos que según él son los que le están causando varias alucinaciones. El penúltimo retrato (P) no incluye ninguna descripción, ni muestra partes del rostro o extremidades humanas, sino que comprende palabras en inglés como *Hope* (Esperanza), *Rival*, *Enemy* (Enemigo), *Past* (Pasado) y en el centro de la pintura, un texto que hace referencia a un verso de la canción *Series of Dreams* (1991) de Bob Dylan: *The cards are no good that I'm holding unless they are from another world*. Y por último, la figura Q. realizada el 19 de Julio del mismo año después de tres meses, muestra el último retrato de la serie pictórica. La pintura ya no muestra simbolismos o intentos desesperados por reflejar sensaciones, pensamientos o sentimientos mediante imágenes o figuras abstractas; lo que se expone es la predominancia de tres colores parcialmente degradados, las pinceladas se advierten rápidas y determinantes. Este cuadro se lo reconoce como la representación de la angustia mental aguda. El artista se quitó la vida en el mismo mes el que realizó sus dos últimos retratos (Trujillo, 2008; The Royal College of Psychiatrists, 2019).

Figura 21. Serie de retratos, Bryan Charnley, 1991.



(A) Retrato 1. 11 de Abril de 1991



(B) Retrato 2. 20 de Abril de 1991



(C) Retrato 3. 23 de Abril de 1991



(D) Retrato 4. 24 de Abril de 1991



(E) Retrato 5. 29 de Abril de 1991



(F) Retrato 6. 2 de Mayo de 1991



(G) Retrato 7. 6 de Mayo de 1991



(H) Retrato 8. 14 de Mayo de 1991



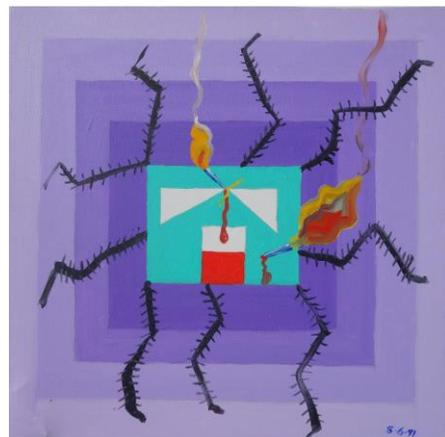
(I) Retrato 9. 18 de Mayo de 1991



(J) Retrato 10. 23 de Mayo de 1991



(K) Retrato 11. 24 de Mayo de 1991



(L) Retrato 12. 8 de Junio de 1991



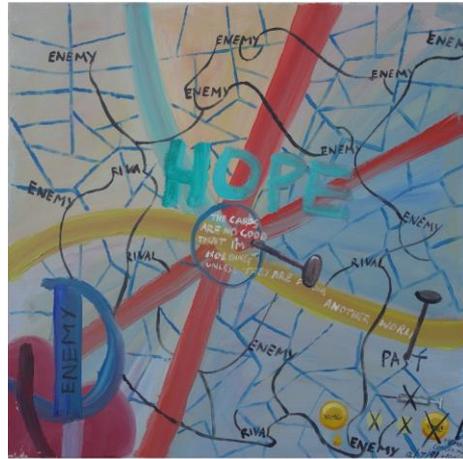
(M) Retrato 13. 13 de Junio de 1991



(N) Retrato 14. 19 de Junio de 1991



(O) Retrato 15. 27 de Junio de 1991



(P) Retrato 16. 12 de Julio de 1991



(Q) Retrato 17. 19 de Julio de 1991

El caso de Bryan Charnley refleja aspectos importantes que se han mencionado a lo largo de este trabajo de investigación; uno de esos es la necesidad de expresión del ser humano y uno de los medios para esta necesidad es el arte. Se ve cómo la producción creativa de pinturas es continua, independientemente al estado emocional, cognitivo y orgánico del paciente y a la vez artista. Se advierte también cómo de cierto modo la expresión artística cumplió el rol de soporte y neutralizador emocional durante los tres meses del proceso de la serie, debido a las fluctuaciones farmacológicas intencionales, las mismas causantes de la desestabilización y desintegración en cierta medida, de todas las áreas de la vida de Charnley, con excepción a la creatividad. Se debe recalcar cómo la conexión con el *sí mismo* o *centro vital* se mantiene a pesar de la patología como tal. No obstante, también se debe aclarar que el arte no es la cura de la esquizofrenia, claramente, por eso es considerado como una herramienta terapéutica de acompañamiento en la intervención clínica de la esquizofrenia, más no la intervención principal y menos aún la cura.

Y por último, el caso de la artista francesa Séraphine Louis (1864-1942). Durante veinte años vivió como hermana laica en un convento al norte de Francia, pero comenzó a explorar el medio artístico, especialmente la pintura, a sus 39 años durante su trabajo de limpiar casas. Se conoce que no tuvo estudios artísticos ni pictóricos durante su vida, sin embargo su entusiasmo por el arte la llevó a la exploración creativa en diversos medios como la decoración de objetos y espacios; también a todo tipo de pigmento y superficie, como la tela y la madera. Posteriormente, se introdujo en el arte pictórico, utilizando el lienzo como soporte y adoptando un estilo *naïf*<sup>2</sup>, ideal para su poca experiencia en cuanto a la

---

<sup>2</sup> Técnica artística *naïf*: se deriva del francés naïf o naïve, alude a cierta ingenuidad aplicada en el arte, se formaliza en una falta de conocimientos técnicos y teóricos: en algunos casos suelen faltar un sistema de perspectivas o una línea de fuga así como un ajustado criterio de las proporciones o trabajo cromático (Arte universal, 2009, p. 181).

pintura tradicional. A sus 68 años (1932) fue ingresada en una institución psiquiátrica tras un colapso y crisis mental y alucinaciones, desde su ingreso no tuvo la oportunidad de volver a pintar. Durante su hospitalización se realizó un estudio de sus alucinaciones para lograr entender las figuras paradisíacas de sus cuadros. Sus obras fueron exhibidas en varias exposiciones en museos de arte reconocidos mundialmente como el *Museum of Modern Art* (MoMA) en Nueva York (Nykolak, 2018). En las Figuras 22. (A y B) se puede ver la representación de la naturaleza, especialmente flores y árboles, alejada de la técnica figurativa naturalista. Tanto la forma como el color fueron explorados por la artista desde su percepción y sensación, lo cual muestra un alto nivel de creatividad, independientemente a su inestabilidad emocional y cognitiva.

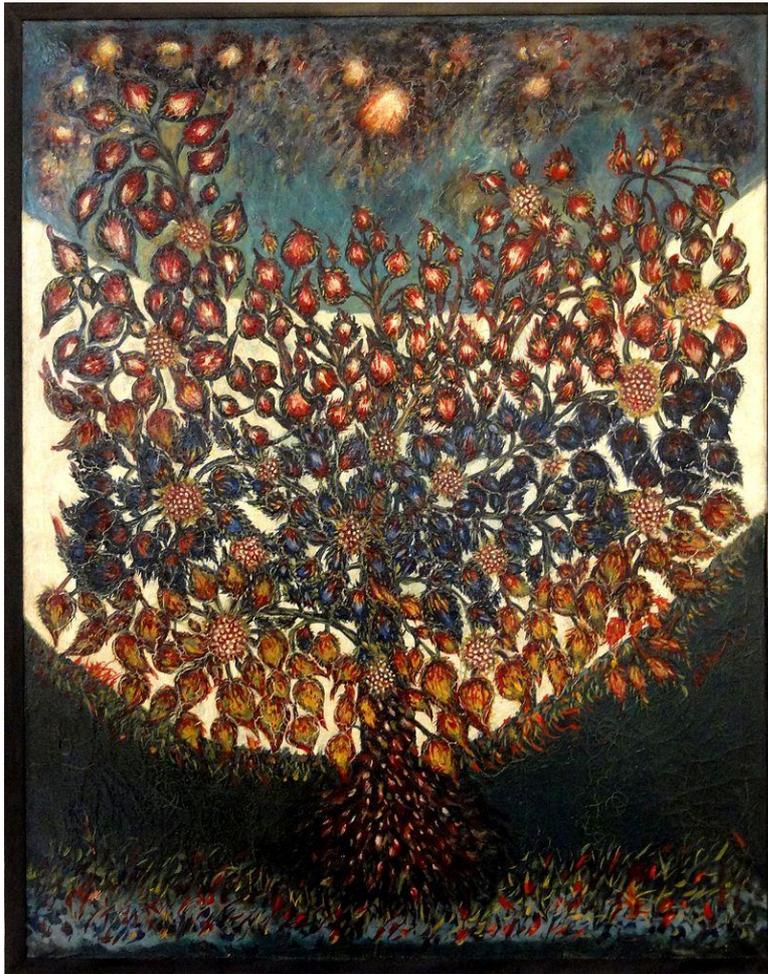
---

Lo *naïf* se ha asociado, con el llamado "arte primitivo" y con el "arte infantil", pues se basa en las sensaciones, ingenuidad y en la sencillez del arte, evitando rebuscamientos o sofisticaciones (Coronel, 2010, p. 12).

Figura 22.

*A.L'arbre de Paradis,*

Séraphine Louis, 1928-1930.



B. *L'arbre de vie*, Séraphine Louis,  
1928.

A modo de cierre, se considera importante recalcar que todos los artistas mencionados anteriormente, tenían una demanda existencial muy elevada, y que han buscado la forma de saciarla o simplemente manejarla, para llevar una vida pacífica, como lo hacen la mayoría de personas, seguramente con demandas existenciales menores. Según varios médicos y psicólogos la respuesta, en este caso dada a través de un medio artístico, que estos artistas han presentado ante dicha demanda, es de carácter patológico y nocivo; otros autores han mencionado que es justamente esa respuesta la que ha actuado como precursor o catalizador para que se presente el fenómeno de la patología. Realmente nunca se ha afirmado la veracidad de dichas propuestas en cada caso particular, sino que se mantienen más en una categoría de hipótesis, unas más estudiadas, exploradas y validadas que otras. Cabe

preguntarse finalmente si la naturaleza de la respuesta por estas demandas es realmente patológica o si tal vez, en palabras de Fromm, la verdadera patología recae más bien en la normalidad (Fromm, 1941), en el olvido, en la indiferencia, en el desencuentro y en la negligencia del propio instinto que busca satisfacer a esa demanda y búsqueda de sentido, que todos los seres humano poseemos. Elyn Saks, profesora universitaria de derecho, psicología y psiquiatría, padece esquizofrenia y continuamente busca profundizar en el entendimiento de esta condición, a diferencia de muchos profesionales de la salud mental, ella no se pregunta únicamente por sí la funcionalidad de los pacientes es alta o baja y cuáles son los porcentajes de cada grupo, afirma que la respuesta es incierta todavía y que la verdadera pregunta debería ser ¿Cuántos pacientes con esquizofrenia habrían realmente, si se hubieran cubierto las necesidades y demandas (existenciales) de estas personas a tiempo? (2012). La interrogante que plantea Saks puede parecer extrema, sin embargo se la debe considerar para el entendimiento del desarrollo y curso de la enfermedad.

Por último, una aclaración importante en cuanto a la forma de referirse a los pacientes, que puede llevar a una conducta y pensamiento no deseado. No hay personas esquizofrénicas, haya gente que padece esquizofrenia, y a la vez es y se conforma de un sin número de otras cosas. Al ver una persona como esquizofrénica, es más probable que se la vea como un diagnóstico y no como una persona, completa. Es artista y padece esquizofrenia, entonces porque mejor no dejamos de pensar que esas obras son patológicas y mejor pensamos que esa persona puede crear arte, y su enfermedad será su nueva herramienta para seguir creando desde nuevos, interesantes y profundos puntos de vista.

Quizá, todos aquellos artistas, que han desarrollado una psicopatología, y que no por ese motivo han dejado de ser artistas, pues ese material artístico podría haber estado en estado de *inmersión* y *incubación* sin ser siquiera percibido (Mihaly, 200, 22), necesitan en cierta medida, no perjudicial, ser aislados, y separados de la realidad que están

viviendo ya que puede presentarse hostil y excluyente, con el fin de tener un espacio de sí mismos, en el cual puedan quedarse a solas con su propio mundo y con ayuda de cuadernos, lienzos o cualquier medio, ir liberándose de él.

A modo de cierre, se considera importante recalcar la necesaria búsqueda de una mayor humanización y alternativas en el campo de la psiquiatría y psicología; y también el cambio de percepción con respecto a las personas padecientes de una enfermedad mental y de la enfermedad mental como tal. Expandir el conocimiento, la investigación y la mente misma, resulta ser una demanda urgente cuando se trata del manejo y trato de personas, pues en primera instancia se busca la seguridad y bienestar del paciente y no se puede lograr dicho objetivo por completo si no hay la apertura necesaria para la exploración de nuevas herramientas, teorías, prácticas, perspectivas y metodologías para tratar las distintas enfermedades mentales.

### ***1.5 Arte terapia***

El arte no había sido reconocida como herramienta terapéutica, sino hasta mitad del siglo XIX en el *Crichton Royal Hospital* en Dumfries, Escocia, el cual fue pionero en el uso de la actividad artística en el tratamiento de sus pacientes. Se documentó a varios pacientes trabajando artística y creativamente con materiales de arte que les habían entregado para que dibujaran o pintaran. A partir de la evaluación positiva y globalmente beneficiosa de esta práctica, el arte terapia comenzó a ser un tema de investigación y aplicación, convirtiéndose en una disciplina profesional (Park, 2003, p. 143). Según Polo (2000), el arte puede utilizarse terapéuticamente como un “instrumento de autoconocimiento” y tiene un amplio espectro de personas que se beneficiaran con su práctica, es tan amplio como las diversas necesidades de los grupos sociales (o humanos?). El arte terapia está dirigido a cualquier tipo de persona, ya sea que padezca un problema de aprendizaje, de adaptación social, una enfermedad mental, o terminal, traumas por guerra o abuso; para cualquier edad, situación económica o social, etc. (Polo, 2000, p. 312).

En 1992, el profesor universitario Shaun McNiff publicó un libro titulado *Art as Medicine*, en el cual expone su punto de vista en cuanto al valor del arte para curar. El dice que “... El proceso central de curación a través del arte implica el cultivo y la liberación del espíritu creativo. El desafío, entonces, es primero liberar nuestra creatividad y luego sostenerla como una práctica disciplinada.” (Traducción propia) (McNiff, 1992, p. 45). Resulta interesante analizar la liberación del espíritu creativo que menciona McNiff, pues si la persona logra liberar o rescatar el proceso creativo inmanente a sí mismo, podrá encontrar continua y permanentemente, la forma de ocuparse o tratar aquello que necesita atención y transformación en su vida.

Al momento de crear, especialmente imágenes (figurativas o no) se da una conexión que revela partes del material inconsciente, esta es una de las razones por la cual el proceso

de creación que se produce en el arte es considerada una potencial herramienta terapéutica. Pues, durante esta práctica se establece un importante diálogo (no verbal) con el yo interno, una modificación visual y plástica de la forma o imagen, una intervención sobre el contenido interno desde una perspectiva distinta, más distante y por tanto una posible transformación de la representación interna inicial (Polo, 2000, p. 315). Klein expone de manera concisa, la importancia del cambio de perspectiva durante el arte terapia a través de la siguiente frase: El arteterapia es una manera de hablar de sí sin decir “yo” (Klein, 2006, pg. 13). La explicación que sostiene es que el paciente se proyecta sobre su obra “como un mensaje enigmático en movimiento” (p. 13), y al trabajar en su obra, trabajará sobre él mismo. Es justamente esta transición de la primera a la tercera persona al adoptar una forma artística de uno mismo (p. 17), lo que le permite a la persona develarse con autenticidad y permitir que su propio lenguaje introspectivo promueva el movimiento y surgimiento del material inconsciente.

Como se había mencionado antes, el arte es muchas veces el recurso que una persona utiliza como forma de expresión durante experiencias trágicas y angustiosas, especialmente cuando éstas son duraderas. Sin embargo, cuando se habla del arte como herramienta terapéutica para tratar condiciones mentales, el arte, además de ser un mediador de expresión y emoción, es también una herramienta que el psicólogo usa para movilizar, revelar y resignificar la realidad, perspectiva, vivencia y experiencia del paciente con respecto a su vida, pues la experimenta desde un posicionamiento inestable, desestructurado y desde un estado patológico. Siguiendo la misma línea de pensamiento, Klein menciona que el arte terapia es “un trabajo sutil que toma nuestras vulnerabilidades como material y busca el desvelar las significaciones inconscientes de las producciones que permiten al sujeto recrearse a sí mismo, crearse de nuevo en un recorrido simbólico de creación en creación” (pg. 13). Uno de los objetivos del arte terapia, como menciona Klein es la resignificación y

recreación por parte del mismo paciente, además de eso también busca la conexión esencial del paciente con sus propias emociones y eventualmente con su *centro vital*, pues como ya se ha mencionado, la enfermedad mental no afecta la estabilidad ni la capacidad de reorganización del *centro vital* o *sí mismo*, sin embargo, en el caso específico de pacientes esquizofrénicos, este objetivo se modifica en cierta medida; debido a que la enfermedad se caracteriza por una severa desorganización del *yo*, lograr una conexión consciente entre la persona y su *yo* requiere de mucho más tiempo, se ve limitada muchas veces debido a los fármacos requeridos, y en la mayoría de casos no se consigue. Por tanto, los objetivos del arte terapia en este tipo de pacientes priorizan la posibilidad de expresión mediante un lenguaje simbólico y no verbal, también la posibilidad de brindar una sensación de alivio al paciente al ofrecerle un espacio de pertenencia y comodidad, en el cual su pensamiento, movimientos, acciones e interpretaciones no son erráticas o inadaptativas, sino que forman parte de un sistema y construcción personal; y en cuanto a la conexión con el *sí mismo*, el enfoque se redireccionará al reconocimiento de la presencia del mismo paciente como creador de la obra, y no como como intérprete o marioneta de una tercera persona en la producción de dicha obra. Es importante lograr que el paciente se reconozca, en medida de lo posible, como autor de su obra, ya que al hacerlo además de reconocer la existencia de sensaciones, expresiones, sentimientos, movimientos, texturas, colores, etc. como resultado de su propio accionar, el psicólogo podrá utilizar esa herramienta para posicionar al paciente como autor no sólo de sus obras artísticas, sino de su propia vida, para que vuelva a considerarla al menos parcialmente como suya y no como ajena a él.

Además de mencionar los rasgos y condiciones importantes de esta terapia, también se debe considerar cómo es la tendencia característica de la psicología en general y sus intervenciones terapéuticas, pues se dividen según la disciplina o enfoques a los que corresponden y generalmente no interactúan o se complementan entre ellas; sin embargo, el

arte terapia no funciona completamente de la misma manera. Judith Aron Rubin, arte terapeuta con más de 40 años de experiencia, menciona en uno de sus primeros libros *The art of art therapy* (1984), un aspecto muy importante con respecto a la enseñanza y práctica del arte terapia; es que aunque se reconoce la relevancia de las disciplinas psicológicas y su posible aporte teórico al arte terapia, **no es beneficioso que se intente forzar a la terapia artística a encajar en moldes disciplinarios de la psicología, en los que no entran (Rubin, 1984, p. 190)**. La práctica de este tipo de terapia, debería surgir siempre del arte terapia en sí mismo, pues no podría alejarse de la esencia de la terapia, por mantener un enfoque psicoanalista, humanista o conductista. Es decir, si se explora el arte terapia desde cualquier enfoque o disciplina psicológica, se pueden involucrar elementos característicos de ésta, sin que estos modifiquen el núcleo y base de la terapia que es el proceso creativo. En otro de sus libros, *Approaches to Art Therapy* (2001), afirma que lo ideal responde a una observación de la experiencia del arte terapia para cada paciente, manteniendo una apertura que no etiquete ni categorice el proceso en alguna disciplina, con el fin de que los conceptos, problemas, temas elementales y constructos comiencen a tomar forma (Rubin, 2001, p. xvi - 7). Con respecto al mismo tema, cabe mencionar que la teoría psicoanalítica fue dominante en el arte terapia durante sus primeros años de desarrollo, así como también lo fue en la psiquiatría y psicología estadounidense (Naumburg, 1953; Kramer, 1958).

Los psicoanalistas y psicólogos psicodinámicos, mantienen vigencia hasta la actualidad, esto se podría deber a la naturaleza misma del arte, y a la teoría del inconsciente dinámico. Es muy común que los artistas a menudo sientan que la inspiración o motivación proviene de sus propias profundidades, sin explicación lógica o aparente. Se conoce el posicionamiento del trabajo Jungiano en cuanto al material inconsciente y la actividad creativa, “... *las fantasías, los sueños, sintomatología, defensas y resistencias se conciben en términos de teleología y función creativa. ... reflejan los intentos de la psique por superar obstáculos, crear, sentido y*

*proporcionar alternativas potenciales para el futuro*” (Salman, 1999, p. 118). Una de las mayores aportaciones de Jung fue considerar en general la manera en la que se logra una relación creativa con el inconsciente, también la función simbólica y creativa existente en el material inconsciente y el encontrar y evaluar el poder curativo en las imágenes (pp. 123 - 124). Por otro lado, los enfoques humanistas también han mantenido su aprobación y acogida debido “al placer y la posibilidad de la autorrealización inherente a un proceso creativo satisfactorio, el misterioso poder curativo del arte y nuestra profunda necesidad de conectarnos con algo más allá de nosotros mismos” (Rubin, 2001, p. xvi - 7).

En el anterior apartado se expuso varios ejemplos de la común relación que existe entre la enfermedad mental y el arte terapia, sin embargo los pacientes de esos casos no siguieron un tratamiento específicamente de arte terapia, sino que en su mayoría fue de tipo farmacológico. A continuación se presentarán dos casos en los cuales los pacientes fueron tratados y guiados a través de su condición, utilizando la herramienta del arte terapéuticamente. El primer caso del que se hablará es el artista canadiense William Kurelek (1927-1977). Fue diagnosticado con esquizofrenia a los 25 años, y hospitalizado en el Hospital *Maudsley* en Londres, y mantuvo tratamiento psiquiátrico para su condición psicótica, ansiosa y depresiva. Un año después fue trasladado al Hospital *Netherne*, en Londres, para que lo tratara el psiquiatra Adamson, que durante ese tiempo estaba desarrollando su acercamiento terapéutico a través del arte terapia para que se integrara con el resto de terapias. A lo largo de su vida realizó varias colecciones y archivos artísticos; por razones de la presente investigación sólo se mencionarán las obras elaboradas durante su año de hospitalización (Adamson Collection Trust, 2015). La Figura 23. muestra tres obras del artista, una de ellas (A) es considerada como la pintura más icónica con respecto a la expresión de su condición mental.

Figura 23.

A. *The Maze*, William Kurelek, 1952.B. *Zaporozhian Cossacks*, William Kurelek, 1952.



C.The Tower of Babel, William Kurelek, 1954.

El segundo caso es el de Carlo Zinelli (1916 - 1974), nacido en Verona, Italia; no se le permitió terminar sus estudios, debido a la mala situación económica de su familia que le obligó a trabajar desde los 9 años. Posteriormente, fue recluido al servicio militar y participó en la guerra civil de España y en la segunda guerra mundial. A sus 25 años, comenzó a presentar síntomas psicóticos y fue ingresado por primera vez en un psiquiátrico, durante el tiempo que estuvo internado se le aplicó altas dosis de insulina y tratamiento electroconvulsivo (*electroshocks*). Su intervención era ambulante y regresaba cada vez que sufría una recaída y cuando su conducta se tornaba violenta. A sus 31 años fue ingresado de manera permanente en el Hospital Psiquiátrico de Verona, en donde fue diagnosticado con esquizofrenia (paranoide, según el DSM-IV) y permaneció hasta su muerte. Antes de ser internado, mostraba interés por la música y la pintura, y este gusto y necesidad se acentuó al permanecer continuamente encerrado. Zinelli dibujaba en las paredes con distintos

instrumentos, lo cual generaba gran molestia a los enfermeros, Michael Noble, un escultor de la zona, se enteró sobre este paciente y fue a visitarlo. Consideró a Zinelli un artista y al ver el potencial, no solo de él, sino que de otros pacientes del hospital, unos años después, instaló un taller de dibujo y pintura en la carpintería del hospital. Noble tenía relación con otros artistas renombrados y organizaba exposiciones en las que juntaba esas obras con las de los pacientes y más de un curador confundía cuáles de ellas pertenecían a los artistas y cuáles a los pacientes; otros realmente no notaban ninguna diferencia y las calificaban bajo el mismo criterio (Vassiliadou, 2001, pp. 97-107). Este taller fue de gran utilidad para los pacientes y para el equipo clínico, pues mediante el trabajo artístico, se potenciaba la creatividad y exploración de los pacientes, y esa actividad y desempeño era estudiado por los profesionales. Es interesante notar cómo la idea o propuesta de un espacio para la exploración artística provino de un artista, que logró ver los posibles beneficios de este tipo de terapia, antes que un psiquiatra; al darse cuenta de la utilidad del taller, varios médicos se involucraron en la investigación. Según uno de los médicos psiquiatras que se realizaban sus prácticas en el hospital, el taller era una especie de “laboratorio para el estudio de la creatividad de los enfermos mentales” (Andreoli, 1996, p. 25), pues además de ver la esteticidad de la obra, **las pinturas de los pacientes eran una herramienta muy importante para la comprensión de la enfermedad como tal y del efecto individual que tiene en una persona.** Cuando Carlo Zinelli tenía 47 años, Andreoli, su médico ya formado en psiquiatría con especialización en la expresión artística en los enfermos mentales, no creía que Carlo estaba loco, sino que consideraba esa locura como una parte importante de él mismo, como un rasgo que caracterizaba al artista que llevaba dentro. Recopiló muchas de sus obras y se las presentó a la sociedad de Jean Dubuffet, creador del movimiento *Art Brut*, en la sede de Paris (Compagnie de l’Art Brut).

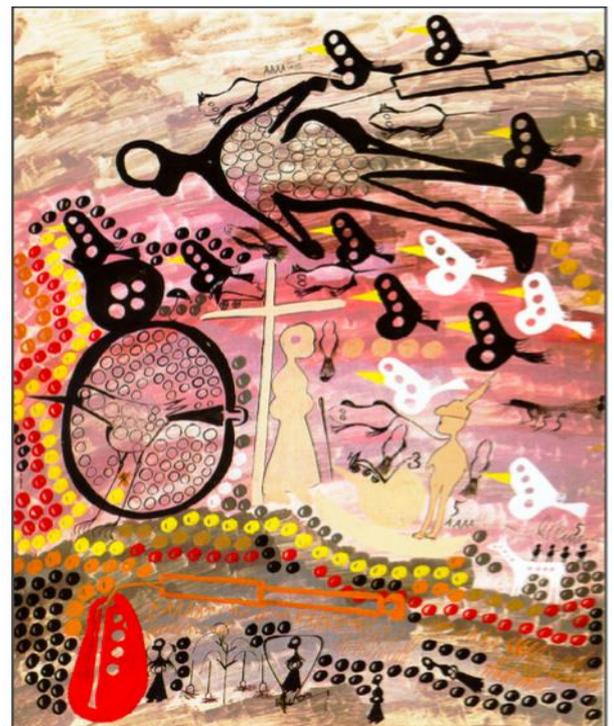
Figura 24.

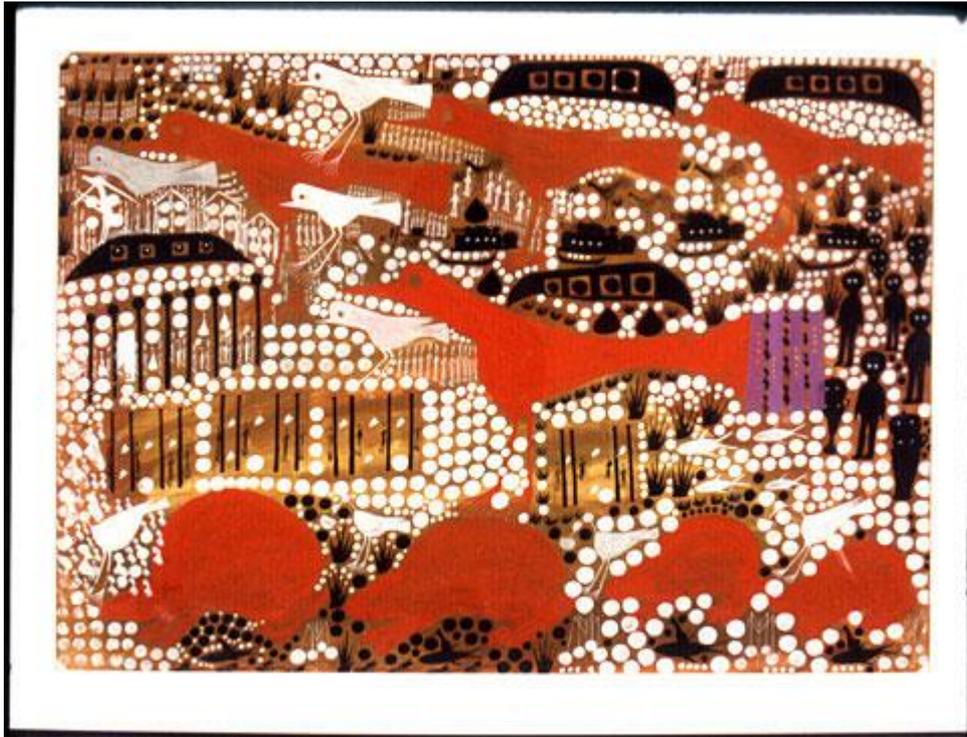
A. *Perro rojo y pájaros*, Carlo Zinelli, 1960.



Las obras causaron mucho impacto y Dubuffet acogió a Carlo como un artista oficial del movimiento. Posteriormente, la compañía accedió a asociarse con Andreoli, para la investigación y estudio de las obras desde una perspectiva psiquiátrica (Vassiliadou, 2001, pp. 97-107). La figura 24. (A, B, y C) muestran algunas de las obras de Carlo Zinelli que realizó en el taller del Hospital Psiquiátrico de Verona.

B. *Figuras, ratas y pájaros*, Carlo Zinelli, 1965.





C. *Sin título*, Carlo Zinelli, 1963-1964.

Este proyecto de investigación tiene una orientación hacia las artes plásticas, sin embargo el arte terapia ha demostrado ser fructuoso en cualquier medio artístico. El siguiente ejemplo de una investigación en el hospital de Munich, muestra el beneficio de la musicoterapia (rama del arte terapia) en pacientes diagnosticados con varios trastornos, y entre esos esquizofrenia, según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). Después de un proceso individual y grupal, los resultados muestran que, independientemente a los efectos secundarios de los fármacos (especialmente antipsicóticos), todos los pacientes mostraron una mejoría clínica significativa y también en habilidades musicales. Se empleó la *Escala Breve de Apreciación Psiquiátrica* (BPRS) para evaluar y medir el avance clínico. Se considera que la expresión mediante un lenguaje no verbal, es decir la música, genera un beneficio psicoterapéutico para los pacientes, debido a la posibilidad de expresión sin la necesidad de acudir al lenguaje verbal y por supuesto, a la interacción e integración grupal. Una última conclusión que se mencionó en este estudio

advierte que “el desempeño de los pacientes durante las sesiones de musicoterapia refleja su estado clínico” (Steinberg, 1991, pp. 121-129).

Ya se han mencionado los efectos y beneficios cognitivos, sociales y personales del arteterapia, se conoce la importancia que tiene la actividad creativa en las personas, con o sin alguna enfermedad mental, y en modo de cierre es importante recalcar lo valiosa que puede ser esta práctica ya que es una alternativa para la comunicación y expresión verbal, habilidad que se encuentra realmente afectada en pacientes con distintos tipos de enfermedades mentales, como la esquizofrenia, pero que indudablemente necesitan comunicarse tanto como las personas mentalmente estables. Además de cumplir con un importante rol comunicativo, las obras contienen una gran cantidad de material inconsciente, por lo que pueden ser una herramienta mediadora para la comprensión de la sintomatología del paciente, que es uno de los principales objetivos para el psicólogo en una intervención psicoterapéutica, pues al lograr entenderlos, se los puede manejar. Aparentemente durante el arteterapia, sólo el paciente experimenta un proceso de creatividad y exploración, sin embargo, para que se pueda dar una relación y un entendimiento mayor, el terapeuta deberá poder comunicarse con el paciente, a veces de manera verbal y a veces simbólica. Para lograr un buen resultado se sugiere que el trabajo artístico sea una actividad que involucre a las dos personas, el terapeuta deberá tener su proceso individual que le permita poder entender el lenguaje no verbal y comunicarlo también. Avanzada la terapia, y según el caso, la actividad podría realizarse simultáneamente.

### ***1.6 ¿Cuál es el papel del arte terapeuta durante el proceso de intervención clínica?***

Se sabe que durante terapia es crucial que se establezca una conexión y comunicación transparente entre el terapeuta y el paciente. En el caso del paciente esquizofrénico, es muy complicado que tanto él como el terapeuta se entiendan, debido al discurso desorganizado que mantiene y al uso del lenguaje que el terapeuta usa como medio de comunicación. Paradójicamente, cuando la práctica de arte terapia se ha implementado en la intervención, es el terapeuta quien se encuentra limitado en la interpretación de todos los aspectos envueltos en una obra. No logra entender el lenguaje de su paciente, ya que se ve expresado en otro medio que usa símbolos y codificaciones abstractas. Por tanto, a través de la propia exploración artística, el psicólogo puede tener un mayor grado de entendimiento, especialmente emocional, de sus pacientes. Por ejemplo, el psicólogo Terry Rustin pinta cuadros en los que refleja su percepción de las experiencias, sensaciones, que sus pacientes experimentan con el fin de entenderlos mediante una expresión no verbal. Además, la obra es beneficiosa como herramienta en la terapia ya que el paciente, al verse reflejado a través de ella, podría estar de acuerdo con la percepción acertada del terapeuta, sentirse identificado y sentir que existe una comprensión más profunda de sus experiencias, lo que resultaría en una conexión y vínculo mayor entre ambos. La Figura 25. muestra una de las obras de Rustin basada en la vivencia del caos del mundo, alcoholismo, alienación y depresión de su paciente. Otro ejemplo de sus obras (Figura 26.) está basada en la angustia y confusión de los ataques de pánico que otro de sus pacientes reportaba (Rustin, 2008, p. 12).



Figura 25. *Talia: This is where I go to hide*, Terry Rustin, 2008 (Acrílico sobre lienzo 38 cm x 104 cm).



Figura 26. "*Olivia: I feel like running away, but there's no place to run to*", Terry Rustin, 2006 (Acrílico sobre lienzo).

Según Rubin, la mayoría de los arte terapeutas son también artistas, al igual que personas que trabajan para inspirar creatividad en los demás (Rubin, 2001, p. xvi - 7). Es entendible ya que sería mucho fácil lograr una conexión o sensibilización con el paciente a través de un lenguaje no verbal mutuo y no sólo unilateral. Se podría incluso pensar en una sesión en la cual ambos, el psicólogo como el paciente, experimenten el proceso creativo simultáneamente, de esta forma ambos pueden enriquecerse con la producción y más que nada la exploración, inhibición y momento creativo del otro. Esto es lo que propone la autora de la presente investigación. Otro rol fundamental del arteterapeuta es lograr facilitar una transición creativa en el paciente para que se mantenga constante el proceso creativo y no se estanque; para lograr este objetivo, se debe buscar estimular y motivar al paciente con diversos métodos y técnicas que dependerán de la naturaleza y características de cada caso. Por último se debe mencionar que, al tratar con pacientes esquizofrénicos, el enfoque primordial no se encuentra en el significado ni en la interpretación de los símbolos y figuras de la obra, pues la interpretación no será de gran utilidad ya que de todas formas no será posible trasmitirla al paciente debido a la común falta de introspección (insight); el objetivo principal será más bien, deberá ser compartir, aceptar y si es posible vincularse o entrar en la realidad, carente de sentido aparente, del paciente y ser un receptor de la representación que él tiene de la misma (Seth-Smith, 1997, p. 93)

Se ha mencionado ya el papel del arte terapia como tal y también el del terapeuta o psicólogo, pero no el del medio artístico. ¿Podría tener alguna función o participación? ¿Qué rol podría tener un lienzo para un artista o para una persona mentalmente inestable? Sin la intención de diferenciar los posibles efectos del material artístico que se utilice entre personas, la sugerencia que se menciona ante esta interrogante toma al lienzo como representante del medio artístico en general. Aunque un lienzo no refleje al paciente que lo mira, podría suscitar en él la percepción de que su imagen interna sí ha sido capturada,

brindándole una sensación profunda de humanidad. Pues en ese momento (del paciente) falta humanidad del mundo, de su percepción y vivenciar del mundo, en tanto falta humanidad en la respuesta de las personas que lo conocen y las que no lo conocen también; falta humanidad en el tiempo y en las masas que tienen una sola velocidad y son poco adaptables a las situaciones personales y al ritmo que a veces es necesario adaptar a aquellos pasos para que tropiecen o desvanezcan. Falta humanidad y a él mismo le falta humanidad, no solo para aceptarse, sino para admitirse ser tal como es, le falta humanidad consigo mismo para brindarse la paciencia urgente que necesita, para encontrar una montaña menos empinada, o en tal caso, la estrategia para subir la más empinada, a paso lento. Les faltó humanidad a las generaciones y a la genética por haberlo predispuesto a tener esquizofrenia. Le faltó humanidad y a la vez fue sensible, sensible al elegirlo a él para padecerla. Le faltó humanidad por no ayudarse antes y esperar ansioso y angustiosamente a que los síntomas se calmen por sí solos. Y ahora con un lienzo al frente, siente por fin un poco más de humanidad. No sabe si se siente más humano o si este lienzo le está hablando desde la humanidad.

## Capítulo 2. Intervención Clínica

### *2.1 Tratamientos biológicos y psicológicos*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 52 millones de personas en todo el mundo tienen esquizofrenia; un 50% de estas personas no poseen una atención adecuada y el 90% de los casos no atendidos residen en países de renta media y baja (OMS, 2018). La prevalencia está basada en los casos reportados, pero se debe considerar que existen millones de casos a nivel mundial que no se reportan.

Se han propuesto a lo largo del tiempo, varios modelos y alternativas para la intervención de la esquizofrenia, la mayoría de ellos ha sido de tipo farmacológico, debido a la severidad de los síntomas positivos, pero otros también se han enfocado más en controlar los síntomas negativos y en devolverle al paciente, dentro de lo posible, su posicionamiento en el mundo, sus relaciones interpersonales y su sentido de pertenencia. Sin embargo, aún se mantiene una importante interrogante, ¿Qué se considera un tratamiento efectivo para la esquizofrenia? Anteriormente, en el caso de la esquizofrenia, para que un tratamiento clínico sea considerado como efectivo debía remover o reducir los síntomas de la enfermedad, especialmente los positivos (delirios y alucinaciones). En la actualidad, un tratamiento efectivo verdadero requiere mucho más que aquella eficiencia clínica, pues el hecho de que los síntomas se hayan reducido no demuestra la eficacia completa del tratamiento. Para que el tratamiento sea globalmente efectivo o efectivo en mayor rango, además del enfoque primordial basado en la disminución de síntomas como los delirios y alucinaciones, debe brindar una mejoría en varios dominios de la vida del paciente como son: el funcionamiento social, la oportunidad laboral, el desarrollo de una vida suficientemente independiente y autónoma, etc. Por tanto, se considera importante re-evaluar y redireccionar el tratamiento de

la esquizofrenia, para que en él se pueda incluir esta mejoría global, que lograría un mayor nivel de efectividad (Harvey, Green, Keefe, & Velligan, 2004, p. 362).

Como se mencionó en otro capítulo de este trabajo de investigación, en la actualidad, no existen curas biológicas o psicológicas para la esquizofrenia, sin embargo, el progreso que se ha realizado en cuanto al tratamiento para la reducción de síntomas y por tanto, mejora en la calidad de vida de los pacientes, ha sido significativa. La calidad de vida de un paciente esquizofrénico hace veinticinco años, no tiene punto de comparación con la actual, el cambio ha sido dramático en un periodo de tiempo relativamente corto. Este cambio y mejora se debe en gran parte a la disponibilidad del uso de una medicación mucho más efectiva (Craighead, Miklowitz, & Craighead, 2013, p, 426). Los antipsicóticos, específicamente los que están enfocados en la mejoría cognitiva, han mostrado ser eficaces en el tratamiento para esquizofrenia debido a los beneficios tangibles que producen. Estas mejorías en los aspectos cognitivos permiten que el paciente se desenvuelva mejor en las distintas áreas de su vida (Hamann, Cohen, Leucht, Brusch, Kissling, 2007, p. 992). Sin embargo, se menciona también que los tratamientos farmacológicos tienen un mejor impacto cuando están acompañados por una o más intervenciones psicológicas (Harvey, Green, Keefe, & Velligan, 2004, p.363).

La esquizofrenia, debido a su complejidad y severidad requiere una organización para la intervención, distinta a la de otros trastornos mentales. Según Kaplan y Sadock (1989), el tratamiento característico para la esquizofrenia, consta de tres partes; la primera, es la fase *aguda*, cuya meta de tratamiento es estrictamente reducir los síntomas, por lo que generalmente se requiere la administración de fármacos. La segunda es la de *estabilización*, en términos generales su objetivo es consolidar los beneficios y la ayuda que la terapia le proporciona al paciente, en esta fase se debería poder notar la mejora en su vida y hasta incluso estabilidad en la misma. Por último, en la fase de *mantenimiento*, se busca reducir los

síntomas residuales, seguir mejorando el funcionamiento y prevenir cualquier tipo y grado de recaída (Kaplan, & Sadock, 1989).

El tratamiento farmacológico que se usa para la esquizofrenia son los antipsicóticos. La *clorpromazina*, o comercialmente conocida como *Torazina*, fue la primera línea de medicamentos, actualmente conocidos como antipsicóticos o neurolepticos. La función que cumplen corresponde a reducción de la actividad de dopamina, mediante el bloqueo de receptores. Aunque la disminución de dopamina lograba reducir los síntomas psicóticos, el uso crónico de este fármaco generaba trastornos del movimiento como un efecto secundario motor, el más conocido fue la disquinesia tardía (Craighead, Miklowitz, & Craighead, 2013, p. 427).

Debido a este problema secundario, en 1980 se introdujo una nueva generación de medicamentos antipsicóticos, llamados los antipsicóticos atípicos de segunda generación, que presentaban un menor riesgo de que se produzcan los trastornos del movimiento. Además los antipsicóticos atípicos, muestran mayor eficacia en cuanto a la prevención de recaídas en pacientes, durante el primer episodio psicótico (Alvarez-Jimenez, Gleeson, Henry, Harrigan, Harris, Amminger,... McGorry, 2011). Los antipsicóticos atípicos son los siguientes: Clozapina, que es considerado como el antipsicótico más efectivo, pero con varios efectos secundarios como convulsiones y agranulocitosis, otros tipos son la Risperidona, Ziprasidona, Aripiprazol, Olanzapina, y Quetiapina (Craighead, Miklowitz, & Craighead, 2013, p. 431). Desde que fueron introducidos, estos medicamentos se han vuelto la primera línea de tratamiento para la esquizofrenia. En cuanto a su eficacia, controlan los síntomas positivos de igual manera que lo hacían los antipsicóticos típicos, pero según investigaciones, estos tienen mayor impacto en los síntomas negativos y muestran mejoras en cuanto a la disfuncionalidad y deterioro cognitivo producido por la enfermedad (Kaplan & Sadock, 1989; Foster, Buckley, & Phelps, 1999). Un estudio publicado en la *Asociación Americana*

*de Psiquiatría* (2007), reconoce también el beneficio en cuanto a la habilidad de los pacientes en su funcionamiento social gracias a la administración de este tipo de antipsicóticos.

(Swartz, Perkins, Stroup, Davis, Capuano, Rosenheck, ... Lieberman, 2007, p. 431).

No obstante, aunque estos antipsicóticos sean parte de una nueva generación, siguen presentando efectos secundarios. Newcomer (2005) enfatiza en el riesgo de desarrollar distintos tipos de síndromes metabólicos como por ejemplo un “aumento significativo de peso, aparición de diabetes o agravamiento si el paciente ya la tiene y anomalía lipídicas” (p. 62). Los efectos secundarios de la medicación son un riesgo para la conformidad de los pacientes ya que pueden generar mucho malestar. La conformidad del paciente es de suma importancia, especialmente para aquellos que poseen síntomas de nivel crítico. Si se mantiene estable la conformidad del paciente, su compromiso con el tratamiento será mayor, continuará tomando la medicación, se mantendrá constante y visible el progreso, y por ende aumentará la probabilidad de que el paciente no sufra una recaída, que es uno de los objetivos centrales del tratamiento. Para los pacientes que están de acuerdo y conformes con el tratamiento biológico, la medicina es administrada oralmente, y para los que muestran mucha más resistencia e inconformidad, debe ser administrada vía intravenosa (“antipsicóticos inyectables de acción prolongada”) cada 2 a 4 semanas. Sin embargo, como se ha mencionado antes, no se puede dejar de lado un aspecto importante relacionado a la complementación de fármacos utilizados para las enfermedades mentales, y es la psicoterapia. La conclusión basada en una revisión sistemática de literatura sobre la administración del medicamento para esquizofrénicos, señala que, de cualquier forma que sea administrada, los efectos de los antipsicóticos son mejores cuando son acompañados con terapia psicológica (Zhornitsky & Stip, 2012, p. 10). Cabe recalcar que en la evaluación y tratamiento de la esquizofrenia, es de gran importancia considerar una examinación médica: física, pruebas de laboratorio y una revisión de la historia médica, para descartar cualquier

otra condición que podría estar causando o empeorando los síntomas psicóticos (Craighead, Miklowitz, & Craighead, 2013, p. 428).

Con respecto a los tratamientos psicológicos y psicosociales para la esquizofrenia, varios estudios mencionados anteriormente, han proporcionado evidencia que demuestra que este tipo de intervenciones son también benéficas, tanto para el paciente como para su familia. El inconveniente es que su aplicación no siempre es factible debido a los recursos limitados direccionados para la salud mental (Craighead, et al., 2013, p. 430). Este problema también se manifiesta en Quito-Ecuador; en una entrevista, realizada en Septiembre del presente año, a la psiquiatra y directora del área de adicciones y esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrados Corazones, ella reportó que cada profesional de la salud que ejercía en el instituto, tenía a su cargo entre 10 a 15 pacientes. Afirma que cada paciente tiene necesidades específicas que deben ser reconocidas y satisfechas día a día, pero que los factores tiempo y recursos son un limitante para el cumplimiento adecuado de sus obligaciones. Además que no se pueden realizar con la frecuencia requerida, sesiones en las que todos los profesionales se reúnen para hablar de cada paciente en particular ya que necesitan ese tiempo para seguir atendiendo y revisando a los pacientes que les han sido designados. Los pacientes, especialmente esquizofrénicos, tienen varias actividades cotidianas durante el día, deben asistir a un chequeo médico una vez por semana y a sus terapias individuales y grupales diariamente. Cada sesión dura aproximadamente 20 minutos, la psiquiatra reconoce que es un tiempo limitado para tratar los aspectos fundamentales en cada paciente, pero ese ha sido el tiempo aproximado que se maneja en el instituto para abordar a todos los pacientes. Ella menciona *“Es tan corta la sesión que en realidad no se busca avanzar, solo mantener. Nos hemos enfocado en mantener estables a los pacientes, nos quedamos en lo superficial y no indagamos en las verdaderas necesidades del paciente. Es difícil, pues en tan corto tiempo solo logras que te responda unas cinco o seis preguntas*

*bastante simples, y eso si logra reconocerse rápido y concentrarse*". Otro tema importante que se habló durante la entrevista responde a la disponibilidad de fármacos en el instituto; como se había mencionado, cada paciente tiene necesidades y características distintas, por tanto es muy posible que no manifiesten una misma reacción y respuesta ante los fármacos que se les administra, no sólo antipsicóticos. Pero dadas las circunstancias y limitantes económicos de la institución, no se pueden satisfacer las necesidades especiales de los pacientes; la repercusión directa de esta generalización e indiferenciación es la poca satisfacción y conformidad por parte de los pacientes, lo que podría resultar con mayor facilidad en una recaída.

La falta de recursos en el ámbito de la salud mental es uno de los mayores limitantes para la práctica de terapias distintas a la farmacológica. Sin embargo, se mencionarán a continuación los distintos tipos de psicoterapia para la esquizofrenia, con excepción del *arteterapia* que se mencionará de manera específica en el siguiente apartado. La primera terapia que se mencionará es la *terapia familiar*, es una de las opciones de intervención utilizadas, incluye psicoeducación para la familia y para el paciente y también varios componentes en cuanto al comportamiento del paciente. Una revisión del tratamiento psicosocial, específicamente de la terapia familiar en casos de esquizofrenia (2001), muestra resultados positivos relacionados a la prevención de re-hospitalización y recaída psicótica, pero no en cuanto a los síntomas positivos o negativos, funcionamiento social en términos generales, ni en las habilidades para la obtención y mantenimiento de un empleo. La búsqueda constante de los profesionales de la salud mental es que, a largo plazo, la psicoeducación familiar esté disponible como parte fundamental del tratamiento para las personas que sufren de esquizofrenia, ya que la interacción, dinámica y ambiente familiar del paciente son factores de suma importancia, tanto para el avance y mejoría del paciente como para su decaimiento (Baustillo, Laurelio, Horan & Keith, 2001, p. 163). En adición a lo

mencionado, aumentar el conocimiento de la familia del paciente sobre la esquizofrenia y el cómo lidiar y manejar dicha condición puede reducir el riesgo de recaída y hospitalización hasta en un 50% (Lucksted, McFarlane, Downing, & Dixon, 2012, p. 118).

La segunda terapia psicológica se denomina *entrenamiento de habilidades sociales*. Este tipo de terapia utiliza los principios de la teoría del aprendizaje para mejorar el funcionamiento y competencias sociales de pacientes con esquizofrenia, logrando así un funcionamiento más adaptativo dentro de la comunidad. Busca generar esta mejoría a través de la resolución de problemas comunes en la vida cotidiana y en las relaciones (Baustillo, Laurelio, Horan & Keith, 2001, p. 167). Según Bellack y Mueser (1993) existen tres formas o modelos de entrenamiento de las habilidades sociales y son los siguientes: el *modelo básico*, en el cual los aspectos, reglas y claves que conforman el comportamiento social son simplificadas y desglosadas por el terapeuta, con el fin de transmitir al paciente esta enseñanza con mayor claridad. Se realizan muchas prácticas de lo enseñado mediante el juego de roles aplicado en ambientes naturales. El segundo, es el *modelo de resolución del problema social*, que se enfoca básicamente en mejorar la disfuncionalidad en el procesamiento de información, la misma que se asume como la causa de los déficits en las habilidades sociales que muestra el paciente. Y por último, el *modelo de la remediación cognitiva* que busca, a través de un proceso de aprendizaje correctivo, mejorar la discapacidad en las distintas funciones ejecutivas fundamentales como la planificación o la atención. Este modelo presenta el supuesto de que si se logra mejorar este deterioro cognitivo subyacente, el aprendizaje podría apoyar y ser la base de procesos cognitivos más complejos; de esta forma las habilidades sociales, que siguen modelos tradicionales, podrían aprenderse de mejor y más efectiva manera (Bellack & Mueser, 1993). Dada la teoría y el enfoque en el que está basado esta terapia, los beneficios y mejoras que proporciona se reflejan en el ámbito de las habilidades sociales, empero no existe un efecto contundente en cuanto a los

síntomas positivos de la patología, a la prevención de recaída ni el problema de desempleo (Baustillo, Laurelio, Horan & Keith, 2001, p. 168).

La tercera terapia a considerar es la *rehabilitación vocacional*. Como un dato general, se estima que menos del 20% de personas con alguna enfermedad mental severa mantienen un empleo, y se piensa que dicho porcentaje es aún menor para pacientes con esquizofrenia (Lehman, 1995, p. 647). Uno de los objetivos principales de una intervención psiquiátrica y psicológica es lograr que el paciente sea lo más autónomo y funcional posible, por tanto uno de los mayores esfuerzos de los programas de empleo para estas personas en particular, es ayudar y guiar a los pacientes para que tengan la oportunidad de encontrar y mantener un empleo. La terapia de *rehabilitación vocacional* tiene un importante efecto en la obtención de un empleo, debido a los programas de apoyo de empleo que utilizan el modelo vocacional de “*place-and-train*”, que además de centrarse en encontrar un empleo para el paciente, se encarga de prepararlo desde aspectos simples hasta destrezas más complejas para que logren cumplir con las funciones requeridas en dicho trabajo (Bond, Drake, Mueser, & Becker, 1997, p. 337).

La cuarta terapia es la *cognitiva conductual*. Los objetivos principales, que el terapeuta busca cumplir, en esta terapia son reducir la intensidad de las alucinaciones y delirios y reducir el riesgo de recaídas, mediante la participación activa del paciente. Las intervenciones, dirigidas por el terapeuta, se enfocan en tres aspectos principales que son: 1. La exploración de carácter racional de la naturaleza subjetiva de los síntomas psicóticos que el paciente presenta; 2. Desafiar la evidencia y certeza de estos y 3. Someter tales experiencias y creencias a pruebas empíricas de realidad. Según varios estudios, aunque el tratamiento farmacológico sea considerado óptimo para la reducción y neutralización de los síntomas psicóticos, específicamente alucinaciones y delirios, esta terapia también ha logrado mejoras significativas en cuanto a la experiencia de síntomas psicóticos (Baustillo, Laurelio,

Horan & Keith, 2001, p. 169-170). Cabe mencionar que los efectos de la terapia cognitiva conductual en esquizofrenia son más benéficos y pronunciados cuando es aplicada a pacientes que están atravesando por el curso temprano de la enfermedad, no cuando ésta se encuentra gravemente desarrollada debido a su cronicidad, y menos aún en la etapa residual de la esquizofrenia (Rector & Beck, 2012, p. 835).

La última terapia que se mencionará en este capítulo es la *terapia individual*. Investigaciones han sugerido que esta terapia beneficia a los pacientes con esquizofrenia principalmente en el funcionamiento y ajuste social, más no en aspectos como la prevención de recaídas. Este tipo de terapia, distinta a las anteriores, propone una intervención basada en la individualización de cada paciente, el acercamiento dependerá de la etapa de recuperación de cada uno de los pacientes; se pueden encontrar en la fase inicial, intermedia o avanzada y el tratamiento se orientará de distinta manera y buscará el cumplimiento de distintos objetivos según esta fase (Baustillo, Laurelio, Horan & Keith, 2001, p. 171).

Mencionadas algunas de las alternativas psicológicas para la intervención de la esquizofrenia, es importante sugerir y recordar que los descubrimientos, aportaciones y avances en cuanto a la terapia farmacológica, especialmente los antipsicóticos son de suma importancia para el tratamiento y manejo de la esquizofrenia, especialmente en la primera etapa de la intervención. El afán de incluir los distintos tipos de tratamiento psicosocial en el capítulo, no se centra en generar polémica o desencadenar un fanatismo o polarización basada en esta aparente dicotomía, sino más bien en la consideración de los otros tipos de terapia y acercamientos, distintos a los farmacológicos, como alternativas válidas y eficientes para el tratamiento de la esquizofrenia. Se ha reconocido las fortalezas de cada tipo de terapia, así como también los distintos aspectos de la enfermedad que no son afectados ni beneficiados por una terapia y sí por otra, por tanto es preciso tener en cuenta que la intervención para la esquizofrenia debe ser sistemática y global, y no necesariamente

enfocada en un solo tipo de terapia, pues la complejidad del trastorno requiere de la intervención de varias terapias enfocadas y especializadas en distintos aspectos. De la misma manera en la que la *terapia familiar* no tiene mayor efecto en los síntomas psicóticos, la *terapia farmacológica*, con la administración específicamente de *clozapina*, no muestra beneficios con relación a las competencias sociales (Bustillo, et al., 1999, p. 233), como si lo hace la terapia de *entrenamiento de habilidades sociales* o el *modelo de resolución del problema social*. Las terapias psicosociales generan beneficios importantes para el paciente, su familia y las personas con las que interactúa, que no se producen con la terapia farmacológica, por tanto sería realmente favorecedor incluirlas en la intervención de esquizofrenia.

## ***2.2. Limitaciones y beneficios de la intervención usualmente utilizada para la esquizofrenia (terapia farmacológica)***

Debido a que este trabajo de investigación considera y enfatiza el arte y el uso del arte terapia como elemento importante en la intervención para esquizofrenia, es crucial tener en cuenta los beneficios, consecuencias y limitaciones de la terapia usualmente utilizada para dicha condición, que es la farmacológica. También se tomarán en cuenta varios cuestionamientos e interrogantes suscitados por el uso de fármacos en general, y en el tratamiento de la esquizofrenia específicamente.

Los profesionales de la salud mental, generalmente manejan algunas herramientas como protocolos, exámenes, manuales, pruebas, cuestionarios, etc. para poder determinar si existe o no una enfermedad mental, la gravedad, el subtipo y varias especificaciones de la misma, todo esto con el fin de brindar el mejor y más práctico servicio posible. Todas las enfermedades mentales comparten ciertos protocolos y tienen también sus propios procedimientos según ciertas características como el tipo y la gravedad de la situación. En el caso de la esquizofrenia, también existe un procedimiento determinado que debe ser respetado y cumplido con extremo cuidado y detalle debido a la severidad de la enfermedad y a que se requiere el uso de medicación. Ahora bien, dado el hecho de que la esquizofrenia se ve reflejada únicamente en personas que serán inmediatamente catalogadas como pacientes por poseerla, la intervención, el desarrollo del tratamiento y mantenimiento del mismo, deberían ser completa y absolutamente individualizados, pues no hay dos personas iguales, independientemente a que compartan respuesta ante el fármaco administrado, y sin embargo no siempre se individualiza por distintos motivos. Esto, genera de manera inmediata los siguientes y muchos más cuestionamientos: ¿Cómo determinar cuál es el fármaco indicado para cada paciente con esquizofrenia?, ¿Cuál es la dosis adecuada y cuales son los parámetros que determinarán dicha medida?, ¿La medida es correcta cuando el paciente ha dejado de

experimental síntomas positivos? ¿Negativos? ¿O cuándo presenta una conducta adecuada? ¿Qué es exactamente lo que está causando un determinado fármaco en una persona con esta condición? ¿Se conoce el límite en la dosificación que determinará la posible ausencia de respuesta emocional, motivacional o experiencial ante la vida? ¿En cierta medida la capacidad creativa del paciente se verá comprometida por la medicación? o ¿Tal vez su modo de expresión o su individualidad? ¿Cuáles y cuántos efectos secundarios conocidos y desconocidos impactan la vida de una persona cuando se le administra, voluntaria o forzosamente, diversas dosis al día? Estos son solo algunos de los cuestionamientos que surgen cuando a una persona se le solicita o demanda consumir fármacos por padecer esquizofrenia. Resulta complicado considerar de manera aislada una terapia como la farmacológica, pues por medio de otras terapias se debería poder manejar y controlar tanto los efectos secundarios de la medicación, como los aspectos restantes de la enfermedad que la medicación no puede controlar; es justamente por este motivo que las terapias psicosociales son de tanta importancia para la intervención de esta enfermedad.

El tratamiento farmacológico para un paciente con esquizofrenia comienza con la elección del antipsicótico que se le administrará, esta elección se basará en criterios empíricos, principalmente el estado en el que el paciente se encuentra, la frecuencia de los episodios, la severidad de los síntomas positivos o negativos o si presenta alguna otra condición comórbida o sucediendo simultáneamente. Por ejemplo, si se trata de un paciente agitado, se administrará haloperidol combinado con prometazina; si el paciente además de esquizofrenia también tiene depresión o síntomas negativos persistentes, se utilizarán antidepresivos como acompañantes de los antipsicóticos de segunda generación (olanzapina, risperidona, clozapina, amisulpride). Después de seleccionar el fármaco adecuado se analizará el tratamiento de mantenimiento para el paciente. En el caso de que el paciente no respondiera ante la medicación, se podría deducir que es inefectiva para el paciente y se

deberá recurrir a estrategias como cambiar la medicación a otro tipo como la clozapina, que se mantiene como el fármaco estándar para los pacientes resistentes al tratamiento, o aumentar la dosis hasta ver una respuesta. Pero antes de aquella afirmación el psiquiatra debe asegurarse de que el diagnóstico de esquizofrenia es el correcto, que los efectos secundarios no estén empeorando los síntomas, que la dosis sea la suficiente, y que en efecto el paciente esté tomando la medicación (Leucht, Heres, Kissling, & Davis, 2011, pp. 269 - 276).

Los aspectos que se toman en cuenta para considerar la administración de un fármaco específico para cada paciente son estrictos, indispensables y están fundamentados en una base científica que asegura su utilidad y también considera sus efectos secundarios, de este modo el psiquiatra puede administrar la medicación con confianza y seguridad. Sin embargo, en opinión de la autora, dentro de estos aspectos a considerar antes de recetar un antipsicótico, sería muy beneficioso incluir también una recolección de datos y evaluación de ser posible, de otros aspectos como habilidades, capacidades, creatividad, fortalezas, rasgos de personalidad, debilidades físicas y psicológicas y hasta anhelos y motivaciones de cada paciente. Se entiende el enfoque centrado en los síntomas, carencias, anormalidades, comportamientos patológicos, disfuncionales, etc. del paciente, pues se busca tratar la enfermedad; no obstante esa limitación podría ser un impedimento para lograr una debida individualidad en la terapia, también para proveer un acercamiento sensible que busca tratar a una persona y no meramente a una enfermedad. Con una basta información en la mayoría de áreas del paciente, se podría conocer de manera más global y real los efectos secundarios que los medicamentos están generando ya que podrían estar afectando a aspectos que generalmente no se toman en cuenta, como la creatividad, pero que no por desconocidos dejan de causar malestar y desmotivación. Esto resultaría en una nueva dificultad que el paciente deberá afrontar, sin acompañamiento, si el o la psiquiatra no consideró como importantes estos aspectos antes de medicar.

Aunque sea cierto que los antipsicóticos reducen el rango de recaídas hasta en un 53% en un periodo de diez meses aproximadamente (Gilbert et al., 1995), es importante considerar a qué precio se reducen estos síntomas. Desde hace mucho tiempo se reconoce también que el tratamiento farmacológico continuo es más efectivo que el intermitente (Carpenter, Hanlon, Heinrichs, Summerfelt, et al., 1990) y se recomienda un tratamiento farmacológico continuo de mantenimiento para todos los pacientes, a excepción de aquellos cuyos efectos secundarios sean más perjudiciales que la enfermedad misma y para aquellos cuyo diagnóstico no tenga la claridad necesaria para determinar esquizofrenia (Leucht, Heres, Kissling, & Davis, 2011, p. 277). Generalmente las dosis administradas durante la fase aguda son altas, y se recomienda mantener esa dosis si no causa efectos secundarios severos; sin embargo, es común que los psiquiatras al ver resultados positivos mantengan dicha dosis después de la fase aguda, que aumenten la dosis o que mezclen tratamientos farmacológicos con el fin de que el paciente deje de presentar las conductas patológicas de inmediato, aumentando la probabilidad de perjudicar al paciente en muchos otros ámbitos. En la revista internacional de neuropsicofarmacología (2011), se recomienda en la fase de mantenimiento reducir la dosis, muchas veces excesiva, que se administra en la fase aguda de manera paulatina para evitar cualquier efecto de abstinencia y psicosis provocada por esta reducción.

Se puede notar la importancia que tienen los efectos secundarios al hablar de todo tipo de fármacos, sobre todo antipsicóticos, pues sus efectos afectan de manera global al paciente, actúan sobre ciertas conductas, benefician algunos aspectos y perjudican otros que funcionaban perfectamente en la persona. Por tanto, considero de suma importancia que se realice énfasis en un control y seguimiento persistente, tanto de la aparición y presencia de uno o varios efectos secundarios, como de las habilidades y capacidades del paciente que no han sido afectadas por la medicina a lo largo del tratamiento.

Al considerar una terapia, en este caso la farmacológica, es crucial estar al tanto de los

aspectos positivos y benéficos como de los negativos y las limitaciones producidas por la misma. La invención farmacológica en el ámbito psiquiátrico, específicamente para el tratamiento de la esquizofrenia (antipsicóticos o neurolépticos), aunque de hecho resultó ser un descubrimiento accidental y aleatorio, ha logrado en su mayoría que el tratamiento de los pacientes se humanice y sensibilice, ha promovido la expectativa de vida y sobre todo ha brindado una oportunidad a los pacientes de llevar una vida sin tanto sufrimiento (Herlyn, 2016, pp. 4 - 7). Los antipsicóticos atípicos, como la clozapina que es reconocida como el prototipo de esta medicación, son los más utilizados en el tratamiento para esquizofrenia debido a que presenta importantes beneficios reconocidos como su eficacia antipsicótica, una mayor eficacia en la sintomatología negativa, menor cantidad de efectos adversos de tipo extrapiramidales en los pacientes, es decir menos efectos secundarios, y por tanto una mejor acogida y conformidad; ha demostrado que también mejoran la neurogénesis y aumentan la supervivencia de las células (Azadeño, 2004, p. 342), y por último son beneficiosos para los pacientes que no hay tenido una buena respuesta ante antipsicóticos convencionales (Rivera, 2015, p. 239)

La FDA (*Food and Drug Administration*) (2016), ha aprobado y establecido como aptos y seguros para la administración, a los siguientes antipsicóticos (nombres genéricos): Olanzapina, Clozapina, Aripiprazol, Maleato de Asenapina, Paliperidona, Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona, Lurasidona y Aloperidona. Los antipsicóticos atípicos de segunda generación, como ya se ha mencionado anteriormente, presentan menos efectos secundarios y en menor severidad que los antipsicóticos típicos, sin embargo, todavía no se ha logrado reducir estos efectos a cero. Con el fin de aclarar cuáles son los riesgos reales y cuáles son las áreas y capacidades que se verán perjudicadas en la persona al consumir los distintos fármacos, se mencionarán los efectos secundarios producidos por algunos de los antipsicóticos de segunda generación más utilizados en la intervención de la esquizofrenia.

Uno de los efectos extrapiramidales principales es la sedación, los medicamentos atípicos que más la causan son la quetiapina y la olanzapina. Es común que se presente este efecto al inicio del tratamiento y que disminuya en el transcurso del mismo, pero hay casos en los que se mantiene (Azadeño, 2004; Furtado, Srihari, & Kumar, 2012). Un efecto importante que no siempre es tomado en cuenta es el efecto proconvulsivante. Los antipsicóticos, específicamente la clozapina, producen el riesgo de que se desencadene una crisis convulsiva ya que disminuye el umbral de convulsión en la persona. Además, cabe mencionar que aquella es una sustancia que puede generar dependencia, la incidencia es del 4.4% cuando se administra una dosis superior a 600 mg al día. En cuanto a los efectos neurológicos, se conoce que pueden causar los siguientes impactos motores: parkinson, discinesia tardía, acatisia, y reacciones distónica agudas. Pese a que estos efectos resultaban ser mucho mucho severos y frecuentes con la administración de antipsicóticos típicos, se mantienen en cierta medida con los atípicos; el medicamento que más produce estos efectos extrapiramidales es la risperidona, y según estudios, la probabilidad de que se presenten aumenta cuando su dosis es igual o supera los 7 - 8 mg por día (Azadeño, 2004; Hermes, Sernyak, & Rosenheck, 2013, p. 598). En cuanto a los efectos cardíacos, los antipsicóticos, especialmente la quetiapina y ziprasidona, pueden generar problemas y alteraciones cardíacas (Nice, 2010, p. 16). Otras posibles complicaciones de alta severidad, provocadas por el bloqueo de varios y distintos receptores del SNA (sistema nervioso autónomo), son los efectos vegetativos. Dentro de los medicamentos atípicos, la clozapina, quetiapina y risperidona son lo que presentan mayor probabilidad de que se produzcan problemas en la eyaculación e hipotensión ortostática. Otro efecto es el estreñimiento, que corresponde al bloqueo colinérgico, y es mayormente provocado por el consumo de olanzapina y clozapina (Azadeño, 2004; García, Medina, Galan, Gonzalez, Maurino, 2012; Lobo & De la Mata, 2010). Uno de los efectos que causan mayor impacto es el metabólico, “El bloqueo dopaminérgico central afecta a la

secreción de GH, TSH y fundamentalmente a Prolactina”; esta secreción aumenta los niveles de prolactina, lo que puede causar hiperprolactinemia, anomalías en el ciclo menstrual, galactorrea, amenorrea y disfunción sexual. El antipsicótico con mayor efecto metabólico y que genera dependencia, es la risperidona (Nicolas, & et al., 2010; Leonard, 2013). El aumento de peso también es muy común durante el tratamiento farmacológico, especialmente cuando se administra clozapina y olanzapina (Lobo & De la Mata, 2010; Nicolas, & et al., 2010). En cuanto al metabolismo de la glucosa y el lipídico, los antipsicóticos, específicamente la olanzapina, causan alteraciones de triglicéridos, colesterol y también producción de diabetes. Por último, se mencionará las alteraciones hematológicas. La clozapina específicamente, puede provocar discrasias sanguíneas, con una incidencia del 1%, por tanto es de suma importancia que se mantenga un seguimiento hematológico al paciente durante el tratamiento (Azadeño, 2004; Furtado, Srihari, & Kumar, 2012). Cabe recalcar que los efectos secundarios mencionados están relacionados a la dosis del medicamento y al tipo de tratamiento farmacológico (Rivera, 2015, pp. 340 - 341).

Mencionados algunos de los efectos secundarios de los antipsicóticos más utilizados, se puede notar la importancia de controlar y monitorear estos efectos a lo largo del tratamiento, pues aunque sean muy beneficiosos para contrarrestar muchos de los síntomas de la esquizofrenia, afectan en varios otros aspectos de la vida del paciente que pueden generar mucho malestar y por tanto, falta de compromiso para seguir con el tratamiento. Adicionalmente, es común que los hospitales psiquiátricos no siempre cuenten con la medicación específica que cada paciente necesita, por lo que no hay otra opción que recurrir a los fármacos que el establecimiento dispone y a los que puede acceder, sin que sean necesariamente los más útiles, con menor cantidad de efectos adversos secundarios y beneficiosos para todos los pacientes.

Es común, como se mencionó anteriormente, que los pacientes sean medicados con

altas dosis de fármacos, especialmente en la primera fase del tratamiento pero también suele suceder en la fase intermedia y en la de mantenimiento. El aspecto positivo de esta práctica es limitado, sólo sugiere la disminución de la sintomatología positiva o psicótica y la precaución ante una recaída psicótica. Pero esta alta probabilidad de no recaer, no se debe específicamente a la mejoría global del paciente, sino al estado de sedación en el que está que probablemente no le esté permitiendo ni despertarse con facilidad. Por más beneficiosa y preventiva que parezca esta práctica médica, podría ser muy perjudicial en tanto que se mantendría al paciente en un estado de sedación por la dosis excesiva del antipsicótico atípico. ¿Qué implicaciones motoras y emocionales podría tener mantener al paciente en este estado? Se mencionarán de manera general dos efectos o implicaciones relacionadas al movimiento, aspectos motores y la emocionalidad de la persona. En primer lugar, como ya se conoces, la distonía, es decir, movimientos anómalos del cuerpo y/o de la cara, es un efecto extrapiramidal de los antipsicóticos, por lo que si al paciente se le administra dosis altas del medicamento es muy probable que este efecto secundario se intensifique y no le permita moverse con normalidad y serenidad, sino erráticamente. Por lo que, en el caso de que el paciente esté atravesando simultáneamente en sesiones de arteterapia, no podrá desenvolverse de la mejor manera como la esperada tanto por el paciente como por su terapeuta, dificultando así el progreso y mejoría en esta terapia que al igual que la farmacológica, es de gran beneficio para el paciente. La segunda implicación de este efecto sedante causado por el uso excesivo de fármacos, especialmente clozapina, implica dificultad para moverse y por tanto, la falta de sensación y percepción de poseer libertad para ejercer control sobre el propio cuerpo y moverse naturalmente. Este bloqueo, al igual que el de la distonía también causará la imposibilidad de desenvolverse satisfactoriamente y tener la oportunidad de plasmar arte, en el caso del arteterapia. Juntos y como resultado de estas dos implicaciones, habría una alta probabilidad de que el paciente se vea afectado emocional y anímicamente,

pues sentir una ausencia de control constante sobre el propio cuerpo, un adormecimiento corporal y facial y la imposibilidad de hacer algo al respecto, podría con facilidad reducir la emocionalidad y motivación del paciente para realizar las cosas que solía realizar, o la conformidad misma del paciente con respecto a la medicación, arriesgando su tratamiento global.

Es oportuno recalcar, justamente en este momento, nuevamente el tema de las habilidades y capacidades que el paciente posee y que aún no han sido afectadas o tan solo lo han sido parcialmente por la enfermedad. Estas dos implicaciones del efecto secundario de la sedación podrían afectar severamente a un paciente que poseía habilidades artísticas por ejemplo. Justamente, para tener un conocimiento global del individuo, que incluya sus actividades, gustos, pasatiempos, motivaciones, pasiones, etc., la intervención, desde la primera consulta debe ser nuevamente, individualizada. Este conocimiento, más el dominio del manejo de los distintos fármacos, especialmente antipsicóticos, con sus respectivos efectos secundarios, podrían proveer una mejor atención y calidad de vida la paciente, ya que los terapeutas y doctores actuarían de manera más preventiva con cada paciente y se daría constantemente un seguimiento de los efectos secundarios en las distintas áreas, con la finalidad de que no causen mayores complicaciones físicas, psicológicas o emocionales, adicionales a las que el paciente ya experimenta.

También es importante mencionar con énfasis las posibles limitaciones causadas por la medicación en cuanto al potencial creativo y artístico del paciente, independientemente a que la persona sea artista de profesión, o no tenga experiencia alguna en el ámbito. Pablo Picasso (1881 - 1973), uno de los artistas contemporáneos con mayor influencia, describe la naturaleza artística del ser humano y la problemática del desarrollo casi global de la persona dentro de una sociedad cerrada a la exploración artística, él expresa: *“Todos los niños nacen artistas. El problema es cómo seguir siendo artistas al crecer”*. Dicha frase hace referencia a

la naturaleza artística y creadora, y por tanto implícita en el ser humano. Usualmente está muy presente y es evidente durante la edad temprana de la persona y para la gran mayoría, esta habilidad y capacidad se va disipando mediante va creciendo y perteneciendo conscientemente a la sociedad. Con el arte terapia se busca reconectar a la persona con esa capacidad creativa y potencial artístico, que además de ser una habilidad y actividad beneficiosa y útil para el desarrollo de los procesos cognitivos en el cerebro, tanto para personas que padecen de trastornos mentales, como para las que no, podría también ser una herramienta útil para el proceso de reconexión con uno mismo y autocuración personal.

Los medicamentos, antipsicóticos y antidepresivos específicamente, como se ha indicado anteriormente, buscan aliviar los síntomas del paciente, sin embargo, como lo menciona Vera Schiller de Kohn, psicóloga clínica ecuatoriana (nacida en Praga - Checoslovaquia), en su libro *Terapia Iniciática* (2006), se debe considerar que esos síntomas psicóticos que el paciente vive y experimenta son su realidad, en su presente, son lo único que posee. Comprendido dicho punto, el tratamiento no puede enfocarse únicamente en reducir los síntomas mediante fármacos, ya que junto a dicha reducción se eliminan también las construcciones y el sistema de realidad del paciente, causando así que, además de sentirse ajeno al mundo alterno en el que viven todas las personas distintas a él, al reducir su propio mundo y realidad, se sentirá ajeno incluso a su propia existencia y vida, no existirá ni pertenecerá a ningún lugar. El sentimiento de vacío producido por varios motivos, como el no sentir ni experimentar o ser parte de algo, disminuye la motivación de mantenerse vivo, lo que pondría en riesgo la vida de cualquier paciente (Lutenberg, 2014, p. 7). El tratamiento requiere de una mayor profundidad y cobertura, que simultáneamente combine la medicación para reducir síntomas psicóticos y logre, mediante terapia, reconectar a la persona con su mundo interior, que lo experimente en conexión con el mundo físico y común a todas las personas. Ella menciona que el ser humano, a diferencia de los animales, tiene la capacidad

para trascender de la dualidad en la que se ha sumergido, a causa de la desconexión y contraposición con uno mismo, que le puede causar malestar, alteraciones graves y en el caso de la esquizofrenia que “descienda las defensas del yo y los contenidos psíquicos”. Al lograr trascender dicha dualidad, la conciencia misma trasciende y la persona logra entrar en contacto con su centro vital que perdura, no se destruye y permanece sano (Vera Schiller de Kohn, p. 81).

Vera de Kohn, en su texto expone asertivamente y con gran claridad, la capacidad y el poder de autocuración que las personas poseen. Lamentablemente, esta capacidad se verá desfavorecida en pacientes con esquizofrenia, debido especialmente a uno de los efectos secundarios de los antipsicóticos típicos, atípicos (a menor medida), de primera y segunda generación, que es el estado de sedación, que incrementa conforme aumenta la dosis administrada. Este estado de adormecimiento le dificultará al paciente lograr una conexión consciente consigo mismo, con su centro vital y con su alma, pues se adormecen sus sentidos, su respuesta sensitiva y su capacidad creativa (Rivera, 2015). Dado este punto, considero oportuno plantear la siguiente interrogante: ¿Lo que las personas deben hacer consiste en aprender a autosanarse, si fuera una cuestión aprendida, ajena a sí misma o re-aprender a autosanarse, dado que es una capacidad de la naturaleza humana?. Si la respuesta correspondiera a la segunda opción, ¿se podría decir que este proceso de encuentro y conexión comparte una característica lamentable pero común de la práctica del arte en la mayoría de sociedades que es el disiparse y volverse ajena a medida que la persona crece y se sumerge en una sociedad y un estilo de vida fabricado que no da cabida a la exploración personal ni al desarrollo artístico?

Personalmente considero que el poder de autocuración que el ser humano posee, debe ser desplegado y recuperado por el mismo, así como también su poder de creación y producción artística. En el caso de las personas que aparentemente no presentan una

enfermedad mental, será potencialmente más sencillo activar estas dos capacidades innatas, sin embargo cuando se trata de un paciente que padece esquizofrenia, se requerirá un mayor esfuerzo y trabajo tanto por parte del paciente como por parte del terapeuta, para que se logre dicha conexión vital. La práctica del arte es una oportunidad para el paciente y una opción terapéutica que facilitará y promoverá la conexión y el reencuentro, al permitir que la persona explore su mundo interno, exprese su realidad y verdad (en el medio artístico de libre elección) en un tiempo y espacio que permite y acepta sin juzgar su permanencia y estadía, a diferencia de nuestra sociedad en la cual la persona, por una condición psiquiátrica, ha perdido su lugar mental e incluso su lugar físico.

Schiller en el segundo capítulo: *Esquizofrenia y Trascendencia* de su libro (2006) menciona la siguiente cita de un paciente esquizofrénico en la cual se evidencia la desconexión, aislamiento y el sentimiento de ser ajeno al mundo en el que físicamente vive:

*“No me van a encerrar en sus casas de robot. No quiero andar por corredores. No quiero andar por corredores peor que un fantasma atado. No quiero que me quemem el cerebro. Yo misma soy el fuego y también el agua que lo extingue. Soy la piedra en el río y el cocodrilo. Soy el hada sobre las agua y el viento y el vapor. Usted me da consejos y medicinas y órdenes en su idioma, doctor, pero no es el mío. Usted me habla como si supiera de lo uno y de lo otro, de lo normal y de lo loco, y yo soy esquizofrénico y habito en otro lugar, en donde usted nunca ha estado y al cual usted, doctor siente terror. Doctor, si usted habla de libros, mi cerebro habla de la vida”* (p. 79).

Vera Schiller menciona que una persona con esquizofrenia *“ha perdido el contacto con su centro vital, con su alma”* (p. 78). Por tanto, se entiende la dificultad del tratamiento en cuanto al establecimiento de una alianza terapéutica con el paciente, pues aunque el terapeuta domine la teoría en el campo de la psicopatología y psicofarmacología, no logra comunicar lo que necesita al paciente, se encuentran hablando sobre las mismas experiencias,

síntomas, problemas, ni siquiera el mismo lenguaje que su paciente y lamentablemente este es un factor primordial para que se mantenga la terapia. No logra comunicar verbalmente el mensaje, ni establecer una mejoría basada en cualquier tipo de terapia lingüística, pues debido a las distintas situaciones, experiencias y apreciación del mundo, no comparten lenguaje; como afirma anteriormente el testimonio del paciente: “Usted me da consejos y medicinas y órdenes en su idioma, doctor, pero no es el mío”. Dada esta complejidad de entendimiento, comunicación, alianza terapéutica, y también la desconexión con el *centro vital del paciente*, el arte terapia, debido a que se basa en la práctica del arte que logra un reconexión o reencuentro con el *sí mismo*; no está basada en una expresión verbal, gramatical o lingüística; puede compartir simbología universal; lograr transmitir emociones, percepciones y sentimientos de manera más abstracta pero descifrable y además, que comparte una cualidad innata e inherente con la esquizofrenia, que es el no contener o refrenar ambas naturalezas, sino dejarlas ser, podría ser una opción terapéutica de gran utilidad para el paciente esquizofrénico.

### ***2.3. Beneficios y limitaciones generales del arte terapia como intervención clínica***

De manera sintética, este apartado busca mencionar los beneficios generales del arte y del arte terapia en pacientes con esquizofrenia. El arte terapia como tal, no tiene un efecto significativo en cuanto a la reducción o neutralización de los síntomas psicóticos, como sí lo tiene los medicamentos antipsicóticos. Sin embargo, a diferencia de estos, busca de manera constante una acercamiento y conexión estructural y esencial del paciente con su *centro vital*. Tal vez, el beneficio más grande que pueda dar el arte terapia sea devolverle el mundo al paciente, ya que como dice Schiller de Kohn, al tener esta enfermedad “*el mundo es de los otros*” (p. 79). Con ayuda del arte, el paciente logrará volver a ser parte de un sistema, su propio sistema. Para la creación es necesaria la planificación y la construcción, habilidades que en el paciente esquizofrénico están deterioradas, sin embargo, para plasmar ideas en alguna superficie se requiere de algún tipo de organización y jerarquía, aunque el trabajo se muestre inicialmente caótico, pues ha decidido trabajar con un color y no con otro, con una forma y no con otra, en una posición específica, por un determinado periodo de tiempo, etc., y además, el paciente ha actuado e incluso ha generado un producto por elección propia y por si solo, es decir, ha sido el responsable de sus pensamientos, sentimientos y movimientos por todo el tiempo en que desarrolló su obra. Esta elección de pequeños aspectos como el color de la pintura, las formas o trazos, el grosor de las líneas, el espacio de la sala en el que quiere desarrollar su obra, etc., podría parecer esporádica y poco meditada, y tal vez lo sea en un inicio, sin embargo muestra en cierta medida el movimiento y estructuración del sistema interno de la persona, que incluye toma de decisiones, preferencias y gustos basados en un contexto real. Durante este proceso también se da un control de aspectos ejecutivos más complejos como el control del movimiento corporal, la atención selectiva, y la forma y el fondo de la obra misma.

Otro beneficio valioso es que se potencia la expresión sentimental, cognitiva y

emocional del paciente. En la esquizofrenia la expresión verbal se ve significativamente disminuida debido al deterioro del uso del lenguaje, la lógica y el habla desorganizada, por tanto, la expresión mediante figuras o símbolos puede ser beneficiosa para estos pacientes. Además, con ayuda de una interpretación adecuada de las obras y trabajos finales, el terapeuta podría entender mejor a sus paciente (Rustin, 2008, p. 2). Como dice el antiguo refrán: *Una imagen vale más que mil palabras*, y más cuando estas palabras ya no pueden ser expresadas ni comprendidas.

El arte tiene una ventaja sobre los otros tipos de psicoterapia y es que no requiere de una enseñanza técnica para que la expresión del paciente se produzca (Rubin, 2001, p. 82). El no poseer habilidades o conocimiento artísticos previos no es una barrera para la expresión personal, por el contrario, podría ser beneficioso ya que no habría en general ningún tipo de limitaciones, sesgos o calificativos de la persona misma hacia su obra, lo que permitiría una exploración y expresión más abierta de su creatividad. A modo de observación, se podría sugerir que, siendo el arte un proceso individual y también compartido, el terapeuta al igual que el paciente debería cumplir con su propio proceso de exploración, descubrimiento y conexión mediante el arte, además de contar con un entrenamiento especial en distintos medios artísticos y teorías e historia del arte, y una especialidad en el medio que más se utilice en terapia.

Es interesante tomar en cuenta la perspectiva del terapeuta al trabajar con pacientes y con arte. Catherine Moon describe su trabajo de arte terapeuta como “Una respuesta a los clientes a través de la poesía de sus vidas” (Moon, 2001, p. 17). Considero que el acompañamiento que da un terapeuta a su paciente a través del arte, debe resaltar la individualidad de éste y su capacidad, haciendo énfasis en lo valiosa y única que es su vida, por el hecho esencial de ser y de contenerlo en ella; lo importante y afortunado que es él por ser quien la vive, la experimenta, la lleva a dimensiones profundas y puede también cambiar

la percepción de los senderos por los que camina. Cuando el paciente entiende que el valor de la producción de arte terapia no depende de las habilidades artísticas ni pertenece a un grupo privilegiado en particular, reconocerá que su vida misma se desplegará en temas de exploración, que sus sentimientos buscarán convertirse en colores para ser expresados y tomados en cuenta, y que sus palabras, ahora sin letras ni sonidos, formarán una composición clara y precisa en el lienzo, la misma que llegará a los ojos del terapeuta en forma estructurada, permitiendo apreciar y entender la obra y por ende, al paciente.

A continuación, en la Figura 27. (A, B, C, D, E, F y G) se ilustrará un claro ejemplo del resultado del arte terapia, considerando además una situación y un contexto desfavorables para su práctica. Se muestran siete obras de algunos de los pacientes esquizofrénicos (Lúcio Noeman, Rafael Domínguez, Fernando Diniz, Emygdio de Barros y Carlos Pertius) de la médica psiquiatra Nise da Silveira (1905-1999) del Hospital Nacional Pedro II de Río de Janeiro a mediados de 1940 (Rejón, Cruces, Cámara, Vázquez, Hernández, et al., 2017).

Figura 27

A)



B)



C)



D)



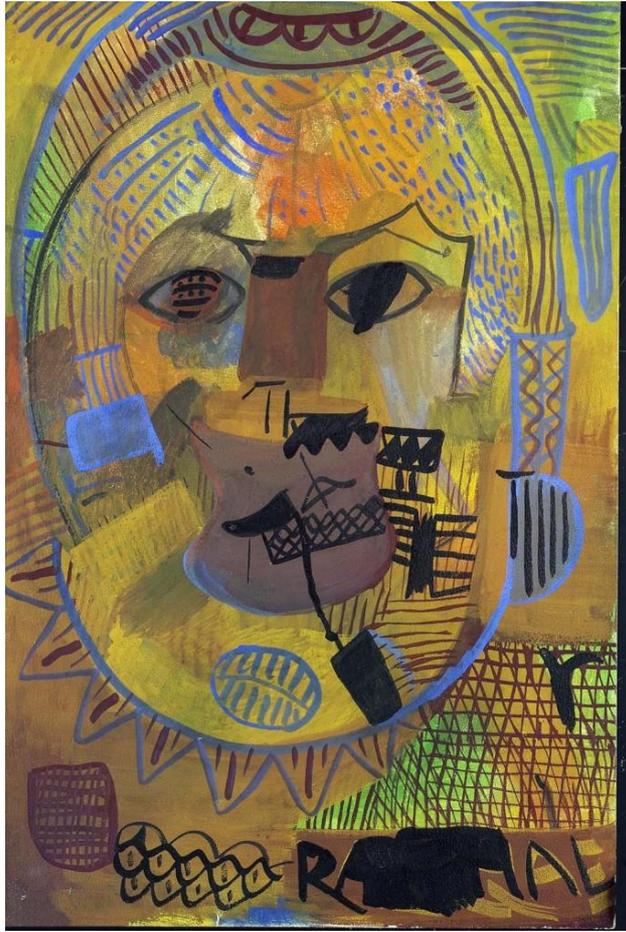
E)



F)



G)



## Capítulo 3. La esquizofrenia vista según el enfoque de la Psicología Fenomenológica

### 3.1. *Comprensión fenomenológica de la esquizofrenia*

Dentro del campo clínico relacionado a la salud y patología mental, la esquizofrenia es considerada como uno de los trastornos mentales más severos y disfuncionales a nivel global, que una persona pueda padecer. Desde que se reconoció a la esquizofrenia como un trastorno mental, investigadores, especialmente psiquiatras y neurólogos, para poder dar inicio al tratamiento de esta enfermedad y hasta cierto punto también a su entendimiento, se han basado en los síntomas característicos de la esquizofrenia más reportados por pacientes, y los que se creía que causan la mayor parte de la disfuncionalidad, estos son los síntomas positivos, es decir, los delirios y alucinaciones (Craighead, Miklowitz, & Craighead, 2013).

Ante una enfermedad tan severa y extraordinaria (poco ordinaria), los profesionales de la salud mental, de manera urgente han buscado proporcionar soluciones, o al menos una mejoría ante estos síntomas debilitantes, disfuncionales y problemáticos, como son las alucinaciones y delirios, que no solo afectan al individuo sino también a su familia y al medio con el que se relaciona. Dada esta urgencia por disminuir los síntomas positivos y evitar que el paciente se mantenga en este estado de “locura”, el estudio de la enfermedad como tal, concentró su atención en los síntomas positivos para la investigación y tratamiento de la misma. Esta visión de la enfermedad centrada en síntomas y criterios ha generado que el concepto y tratamiento de la esquizofrenia no esté del todo dirigido hacia personas, sino más bien hacia casos de estudio.

El tratamiento y la investigación de la esquizofrenia, han reducido y sobresimplificado los síntomas o fenómenos psicopatológicos, que han actuado siempre como el *core* (núcleo) de la enfermedad, que son las alucinaciones y delirios (Henriksen, & Nordgaard, 2014. p. 435). Este es un problema que ha limitado el entendimiento del

trastorno a un enfoque psiquiátrico y neurológico o neuropsicológico, en el cual la neurobiología, la sintomatología y el cumplimiento de los criterios para un diagnóstico tienen un rol y peso primordial. Esta limitación ha concentrado la atención en el punto focal del trastorno que se basa en las alucinaciones y delirios como tal, como síntomas o criterios diagnósticos, y no tanto en las implicaciones que tienen estos síntomas en la vida del paciente. Los enfoques tradicionales neurológicos y psiquiátricos basados en síntomas, no han permitido que se desarrollen distintas perspectivas, con enfoques más centrados en el paciente, que buscan de igual manera descifrar, entender o manejar la esquizofrenia. Una de ellas es la psicología o psiquiatría fenomenológica, que es la que se pretende explorar en este capítulo; este enfoque busca redireccionar, tanto el punto focal del trastorno, como la comprensión del mismo a través de la experiencia individual o subjetiva del paciente esquizofrénico y no solo a través de los síntomas que presenta. La experiencia individual de las personas, en general incluye algunos conceptos provenientes de la fenomenología, como son: la espacialidad, intencionalidad, corporalidad, temporalidad, etc.

Con el fin de entender cómo el enfoque o acercamiento psicofenomenológico explica el trastorno de la esquizofrenia, es necesario brindar en primera instancia una breve introducción a la idea inicial que precede a la psicología fenomenológica: la fenomenología. Edmund Husserl (1859-1938), fue un matemático Alemán, filósofo y fundador de la fenomenología, a inicios de siglo XX, la cual dio paso a muchas otras prácticas y modos de entendimiento del funcionamiento de la conciencia humana. La fenomenología no es una corriente filosófica como el existencialismo o empirismo, sino que es una práctica, una manera de hacer filosofía, que utiliza la práctica de la reducción, con el fin de acercarse a la verdad objetiva, que llevaría al conocimiento verdadero de las cosas. El término de reducción fenomenológica se refiere a una forma de desligarse de una actitud humana denominada por Husserl como “natural”. Esta actitud natural hace referencia al modo preestablecido con el

que las personas operan en el mundo; por tanto al hacer uso de la reducción la persona puede anular todo tipo de conocimiento, explicación o significado previo de todas las cosas (“cosas” entendido como todo aquello que forma parte del mundo). Con la reducción se busca el acercamiento a las cosas como fenómenos, es decir como aquello que se presenta en la conciencia tal y como se presenta, sin prejuicios o información a priori. A partir de la reducción, se puede llegar a la actitud filosófica, con la cual es posible realizar una descripción detallada de los fenómenos en la conciencia, mediante el nombramiento de sus atributos (Husserl, 1982, pp. 228). Husserl también propuso firmemente que sólo mediante la actitud filosófica, es decir el poder prescindir de los prejuicios y regresar a las cosas mismas, es posible acercarse a la verdad del mundo o al menos a un entendimiento más real del mundo (Marina, s.f. p. 14). Por último, otro de sus objetivos primordiales, a través de la fenomenología era, en sus propias palabras, “una nueva fundamentación más radical de todas las ciencias” incluyendo a la psicología. (Husserl, 1962).

Se debe recalcar que la definición y práctica de la fenomenología trascendental como tal, junto con la propuesta de un esquema explicativo de la conciencia de Husserl, ha sido fuertemente criticada por varias razones, algunas de ellas son: la práctica de la reducción, que tiene un rasgo utópico; el enfoque extremista del estudio del funcionamiento de la conciencia y los fenómenos como tal que aparecen en ella; y la idoneidad, imposibilidad e inaplicabilidad del concepto de la reducción, y por tanto también del concepto esencial de su esquema del funcionamiento de la conciencia humana, el *yo trascendental*, estado en el cual la persona, o mas bien dicho, su conciencia, no necesita del mundo físico para funcionar (Fernández, 2007, p. 218). Sin embargo, independientemente de las numerosas críticas, la fenomenología como tal, sido la base de varias teorías, propuestas y esquemas filosóficos, los cuales han utilizado muchos conceptos fundamentales de la fenomenología Husserliana.

Por ejemplo, la introducción del concepto de *fenómeno* en la fenomenología Husserliana, es fundamental en la práctica de la psicopatología, pues es justamente el fenómeno de cada trastorno, lo que psicólogos y psiquiatras buscan comprender y acceder mediante el paciente, para determinar qué es realmente lo que hace que cada trastorno sea lo que es. Cabe mencionar que además del fenómeno de cada trastorno, es indispensable considerar la patología como una experiencia subjetiva para cada paciente, lo que va a implicar distintas afectaciones en diferentes áreas de la vida de cada enfermo (Smyth, 2009, p. 124).

Algunos de los conceptos también extraídos tanto de la fenomenología Husserliana, como de varios otros autores y filósofos fenomenólogos, estudiantes de Edmund Husserl, como por ejemplo, Karl Jaspers, Jean- Paul Sartre, Martin Heidegger, Merleau Ponty, Levinas, etc., que han constituido varios discursos, enfoques y posicionamientos, son: el fenómeno, la intencionalidad, la subjetividad, la temporalidad, la corporalidad, espacialidad, etc. Todos estos conceptos han sido fundamentales para la construcción de uno de los enfoques extraídos de la fenomenología: La psicología fenomenológica.

Con esta breve introducción a la fenomenología Husserliana, es interesante pensar en la relación que podría tener con los trastornos, la psicopatología y la esquizofrenia. En realidad, todos los fenómenos del mundo, incluyendo la psicopatología, son percibidos por una persona, por una conciencia y es eso justamente lo que influye parcialmente a través del que percibe (Smyth, 2009, p. 122). Se puede ver la importancia que tiene el sujeto y su conciencia en este tema de carácter filosófico, pero en realidad no está del todo alejado al ámbito de la psiquiatría y psicología, pues todas las experiencias de una persona son percibidas, interpretadas y vivenciadas por ella. Con esta idea en mente, cabe recalcar y otorgarle una mayor importancia a la persona y a sus vivencias individuales con respecto a

sus experiencias, ya sean mentales o físicas. Es justamente este ámbito, el enfoque central de la psicología fenomenológica.

Es importante aclarar la distinción y discrepancia entre el principio de la fenomenología trascendental Husserliana y la psicología fenomenológica propuesta por Karl Jaspers (1883-1969). Husserl pretendía constituir una filosofía a priori, una ciencia estricta que se origine en hechos absolutos y que tenga una validez incondicional. Por otro lado Jaspers, buscaba realizar, dentro de la ciencia de la patología, un método empírico, con el fin de describir minuciosamente y entender de esta forma las experiencias o vivencias subjetivas de los pacientes (Figuroa, 2018, p. 232.). En realidad, las descripciones logradas a través de la fenomenología Husserliana, que corresponde a la idea y concepto fundamental de la práctica de la fenomenología, no consideran ni mencionan las vivencias de las personas, debido a que esta disciplina o forma de hacer filosofía, no toma como objeto de estudio al humano como tal, mucho menos a sus vivencias o experiencias, sino que únicamente considera a la conciencia, la actividad que tiene y los fenómenos que aparecen en la misma (Husserl, 1999). Considera la conciencia como un concepto y objeto óntico, es decir, aislado e independiente de la experiencia de la persona, existente sin necesidad de la relación con un tercero, sino simplemente gracias a su propia actividad. Sin embargo, hay muchos conceptos extraídos de la fenomenología de gran utilidad para el entendimiento general y a la vez profundo de la psicopatología.

A través del concepto de actitud natural y actitud filosófica de la fenomenología Husserliana, se puede determinar que el acercamiento y entendimiento de la esquizofrenia, en la psiquiatría tradicional y la neurología, ha caído en una actitud natural, en tanto que el estudio e investigaciones relacionadas al trastorno están ligadas en primera instancia, al conocimiento previo y por tanto a los prejuicios sobre el mismo. Esto representa un problema en tanto que los nuevos enfoques, teorías y acercamientos al trastorno, en primer

lugar, pueden también recurrir y tomar en cuenta únicamente los conocimientos previos sobre el tema para establecer los nuevos enfoques; y en segundo lugar, pueden no ser tomados en cuenta en el ámbito clínico o psiquiátrico por presentar un alejamiento a lo preestablecido del trastorno, lo que resultaría problemático debido a que mediante nuevos enfoques se podría llegar a un mejor o más acertado entendimiento, posiblemente con una mayor orientación a la persona.

Dicho lo anterior, se puede establecer que una exploración mucho más sistémica de la psicopatología de un trastorno, brindaría una manera más adecuada para entender la psicopatología como tal y los trastornos específicos. Además, contribuirá en el esclarecimiento de la situación particular de cada paciente, es decir, de qué manera, en qué dimensión y cómo es que el o los fenómenos de la psicopatología se manifiestan en la vida y experiencias subjetivas de la persona que padece un trastorno mental, en este caso particular, la esquizofrenia.

La esquizofrenia valorada y entendida a partir del enfoque de la psiquiatría y psicología fenomenológica, incluye ciertos parámetros existenciales o dimensiones como la intencionalidad, temporalidad, espacialidad, la corporalidad, situacionalidad, etc. para explicar de manera más global la enfermedad (Smyth, 2009, p. 130). La explicación a través de este enfoque no sólo considera los síntomas positivos y negativos presentes en la esquizofrenia para definirla y tratarla, sino que además de los síntomas, considera las características específicas de las dimensiones mencionadas experimentadas desde el *self*<sup>3</sup> en cada paciente, para entender su funcionamiento en las distintas áreas de su vida. La vivencia de estas dimensiones y la experiencia de los síntomas, tanto positivos como negativos, son las áreas en las que se enfoca la psicología fenomenológica para analizar la esquizofrenia.

---

<sup>3</sup> El concepto de *self*, que se utilizará en este proyecto de titulación hace referencia a la noción fenomenológica: Entendido como la forma más básica de la experiencia propia, que dada esta cualidad, es pre-reflexiva, implícita y no se manifiesta observacionalmente.

En primer lugar, cabe especificar que el concepto de *self*, para la noción fenomenológica, es la forma más básica de la experiencia propia, que dado esta cualidad, es pre-reflexiva, implícita y no se manifiesta observacionalmente. Sirve específicamente para entender que la persona es el sujeto de sus propios pensamientos, sentimientos, percepciones, acciones y voluntad (Stanghellini & Rosfort, 2015). La fenomenología logra describir esta dimensión básica de la individualidad (*self o self minimal*), e investiga la estructura de las distintas experiencias subjetivas como por ejemplo la atención, percepción y autoconciencia.

El *self minimal* se refiere a un sentido pre-reflexivo de la propia existencia, entendida como una experiencia vital y subjetiva (del sujeto) llamada también la *mismidad o ipseidad* de una experiencia (Zahavi, 1999). Esta mismidad se reconoce como la base fundamental para la organización de una representación narrativa y reflectiva clara de uno mismo (Mertens, 2012). El *self minimal* o la mismidad, es una estructura denominada así debido a que representa el mínimo reconocimiento que alguien debe tener sobre la propia experiencia para considerarla subjetiva o proveniente de sí, y para reconocerse como autor de esa experiencia. La mismidad debe estar establecida en una persona para que pueda percibir sus experiencias como suyas y no como ajenas a sí, como en un estado de flotación libre, pertenecientes al mundo (Zahavi, 2005; Gallagher & Zahavi, 2012).

Tanto la psicología fenomenológica como la psiquiatría existencial o el psicoanálisis, han propuesto que en la esquizofrenia la persona posee un *self* desordenado, frágil e inestable; y que el trastorno está vinculado a un sentido disminuido del *self* (Henriksen, & Nordgaard, 2014, p. 435). Es muy probable que esta interpretación de la esquizofrenia, no sea completamente reconocida, entendida o valorada por otras perspectivas como la experimental, cognitiva conductual o neurológica, ya que presenta como fundamental, ciertos rasgos o características no del todo compartidas con estas otras perspectivas. Esta especie de confrontación y fuerte discrepancia entre enfoques es lamentable debido a que la

construcción y mejor entendimiento sobre un tema necesita del aporte de la discrepancia y diferencias, pues una teoría propone aquello que la otra no ve o considera y viceversa, formando así una explicación más completa y con menos limitaciones. Irónicamente, estos distintos enfoques psicológicos y psiquiátricos, no pocas veces incurren en promover la separación, discriminación y rechazo entre ellos, con el fin de especializarse en una sola explicación, considerada la verdadera, cuando es justamente esta discriminación entre teorías lo que promueve el fracaso de un entendimiento global, e incurre en posiciones fanáticas y sectarias.

El self desordenado o desorganizado que la psicología fenomenológica menciona en la esquizofrenia, no hace referencia a la personalidad o a la identidad social, que son construcciones más complejas, sino que se refiere a un sentido y experiencias más básicas del self, como el vivir consciente de la propia existencia (Henriksen, & Nordgaard, 2014. p.435). La vivencia consciente incluye aspectos ya mencionados anteriormente, que permiten o son la condición de posibilidad de las experiencias y acciones del self. Este conjunto de aspectos, de los cuales el self es generalmente consciente, le brindan al sujeto un sentido de ipseidad y mismidad, que no se disuelve o suprime por el cambio de ambiente, tiempo, circunstancia o modalidad generada continuamente por la conciencia, a través de la imaginación, pensamiento, percepción, etc.

En la esquizofrenia, este sentido de la ipseidad o mismidad parece ser inestable, oscilante, y disminuido, lo que resulta en que su experiencia en el mundo no esté basada en una perspectiva de la primera persona. La disminución en este sentido influye en todos los aspectos que se fundamentan y construyen desde la ipseidad de la persona, por tanto, los pensamientos, acciones, comportamiento e incluso el cuerpo pueden interpretarse como ajenos. Generalmente para las personas sin este trastorno, la conciencia de ser uno mismo es siempre pre-reflexiva, no requiere de una confirmación continua por parte de uno mismo para

asegurarse de ser el “yo” quien realiza las acciones, quien vivencia y experimenta el mundo. Este sentido del self no es aprendido, sino que es a priori al conocimiento, justamente para que cualquier modalidad de experiencia se logre fundamentar en el sujeto que la está realizando.

Según el enfoque fenomenológico, el sentido del self y la experiencia desde la ipseidad está ligado intrínsecamente unido a la inmersión, que es también pre-reflexiva, en el mundo (Henriksen, & Nordgaard, 2014. p. 436). Por tanto, se puede ver como en la esquizofrenia, además de la inestabilidad del self, que afecta los procesos cognitivos de la persona, también se ve afectada la relación vivencial de la persona con su mundo, que incluye todos los aspectos (temporalidad, espacialidad, el momento presente, la corporalidad, situacionalidad) que conforman el sentido la ipseidad; ya que, como se ha mencionado anteriormente, cualquier tipo de experiencia está fundamentada en la vivencia consciente, pero pre-reflexiva, de la ipseidad.

Es importante recalcar que la noción del self desordenado o desorganizado en la esquizofrenia, no se limita únicamente al nivel subjetivo (del sujeto), sino que se extiende a la estructura completa de la construcción del self, que incluye el ambiente y las relaciones interpersonales. Mencionada esta visión y comprensión fenomenológica de la esquizofrenia, la intervención clínica o psicológica debe ser congruente y partir también de una visión fenomenológica. De esta manera la intervención del trastorno, estará basada la comprensión de que la persona posee una experiencia de la enfermedad, más que sólo síntomas en sí; y su trastorno será considerado como una cuestión vivencial y no sólo intrapsíquica (Dorr, 2005). Con la apertura necesaria para abordar la esquizofrenia con una intervención que ponga en práctica la fenomenología, las experiencias subjetivas del paciente, su vida experiencial y vulnerabilidades personales provocadas por ese tipo de self, serán tomadas en cuenta y a su vez, se limitará la visión y acercamiento dicotómico tradicional normal vs. anormal hacia el

trastorno, así como también el uso radical de fármacos para normalizar su visión “anormal” de vivenciar el mundo.

### ***3.2. Tratamiento fenomenológico para la esquizofrenia***

Martin Heidegger (1889-1976) en su famoso libro *Ser y Tiempo* (1927), hace una importante y muy clara distinción entre el concepto de síntoma y el de fenómeno; él define al síntoma como un elemento externo y visible de una enfermedad, en cambio el fenómeno en sus propias hace referencia a “lo que se muestra en sí” (Heidegger, 1927, p. 38). Se debe entender que son los manuales psiquiátricos y psicológicos como el DSM 5 (2013) o el CIE-10, los que poseen listas y criterios de síntomas. Las personas, en cambio tienen la experiencia de estos síntomas. Para entender cómo opera la terapia fenomenológica, se debe establecer que los síntomas no son entes en sí, o sustancias, sino que son también experiencias subjetivas de un paciente, altamente complejas, que se expresan generalmente mediante un lenguaje que puede llegar a ser ambiguo y poco transparente (Dörr, 2005, p. 6). Por tanto se determina que la terapia fenomenológica o también llamada fenomenología psiquiátrica, según Otto Dorr Zegers (2005) busca por medio de la reducción o epojé, término mencionado por Husserl anteriormente, llegar a la profundidad o intimidad de la esencia o estructura del síntoma de un trastorno (Dörr, 2005, p. 4).

Las técnicas que se usan comúnmente para el acercamiento fenomenológico hacia la intervención, son las psicoterapias hermenéuticas, que como es lógico, provienen de la fenomenología. Las más conocidas y destacadas son: la analítico-existencial, la concepción dialéctica y la técnica perspectivista (Dörr, 2005, p. 7). Estas técnicas brindan la posibilidad de un acercamiento real y profundo a la vivencia de la sintomatología del paciente esquizofrénico y es justamente la búsqueda de este acercamiento, la que permite que se considere alternativas de inclusión en la intervención como es el arte terapia. No se explicará a detalle el funcionamiento y todas las características de todos los tipos de técnicas mencionadas anteriormente, ya que el estudio no se concentra en los tipos de psicoterapias hermenéuticas, únicamente se abordará las características fundamentales de las técnicas con

el fin de establecer la estructura de la terapia fenomenológica al igual que sus aspectos más importantes.

Generalmente las entrevistas terapéuticas y eventualmente la terapia como tal, se basan en el lenguaje, en la comunicación mediante palabras y narrativas entre paciente y terapeuta, pero se conoce también que en la esquizofrenia uno de los grandes déficits o alteraciones se relaciona justamente con el lenguaje, especialmente el pensamiento laxo, la disgregación o los neologismos (Bleuler & Bleuler, 1972, p. 312). ¿Cómo podría entonces considerarse una terapia tradicional, basada en el lenguaje, para un trastorno como la esquizofrenia? Es justamente en respuesta a esa pregunta, que la psicoterapia analítico-existencial se manifiesta, pues propone que *“el análisis existencial comienza allí en donde el resto de los sistemas psicoterapéuticos ven su meta...”* (Dörr, 2005, p. 9). El acto de separarse de cierto modo de las posibles limitaciones intrínsecas en el lenguaje, permitiría que las estructuras más complejas de los síntomas y del paciente pueden manifestarse. Se puede decir que el análisis existencial busca comprender al paciente en la totalidad de su existencia, es decir, es un método orientado hacia la totalidad.

Para acentuar el enfoque de la terapia fenomenológica, se hará una distinción entre la psicoterapia tradicional y la fenomenológica. Una de las diferencias principales es que la tradicional busca explicar los síntomas y las conductas patológicas, mientras que la fenomenológica, mediante el método de la hermenéutica, se enfoca en comprender. Esta comprensión en primera instancia debe ser efectuada por parte del terapeuta y después por el paciente: se debe comprender cómo es que el paciente llegó a ser así, qué fue lo que generó tal o cual conducta que ahora produce malestar, más que recurrir a la causalidad y explicación. En este enfoque se busca comprender al paciente en la totalidad de su existencia, empezando por su manifestación durante la sesión, y siguiendo con cuestiones que se preguntan por lo previo en el discurso de la persona, cómo está constituido, y no en la mera

explicación de ese discurso. Como lo explica Blankenburg, se indaga en el paciente generando una “suerte de arqueología” en cuanto a la constitución de su realidad (Blankenburg, 1991, p. 17).

Otra gran diferencia fundamental, relacionada específicamente a la esquizofrenia es que en la psicoterapia hermenéutica, el terapeuta no adquiere ni se coloca en una posición de valorar al paciente como “loco-cuerdo” o “normal-anormal” (Dörr, 2005, p. 9). Con la reducción de dichas dicotomías, el terapeuta logra salir de la actitud natural, que se fundamenta en prejuicios y suposiciones, en la cual se encasilla al paciente en su enfermedad y limita la visión para el entendimiento de la vivencia de los síntomas que presenta. Además al renunciar a la actitud natural, el terapeuta logra comprender las perturbaciones expuestas por el paciente de un distinto modo; con una actitud fenomenológica, las podría comprender como un signo inmediato de algo distinto o nuevo, como una aproximación o relación diferente con el mundo. Una tercera y última diferencia entre los tipos de terapia está basada en la aproximación del terapeuta con la realidad propuesta y vivenciada por el paciente. En la terapia tradicional, el terapeuta se rige al principio de realidad cuando trata casos de esquizofrenia con el fin de no sumergirse en su mundo y perder la noción de su propia realidad. Por otro lado, el perspectivismo, que responde a otra aplicación de la de la psicoterapia fenomenológica, demanda que el terapeuta comparta la perspectiva de su paciente, aceptando el contenido de sus delirios, sin importar lo distanciados que puedan estar de la realidad. Este acercamiento al paciente, representa mucho valor en cuanto al trato y la relación terapéutica, ya que se le está brindando al paciente una sensación de alivio, por el hecho de que generalmente nadie acepta ni comparte su perspectiva. Con la noción de las diferencias entre terapias, se puede ahora entender cómo y con que fundamente es posible la inclusión del arte terapia en el tratamiento fenomenológico.

La perspectiva dialéctica, otro tipo de psicoterapia hermenéutica, es justamente media donde el arte terapia encuentra lugar en la intervención para la esquizofrenia. El principio fundamental de la perspectiva dialéctica se puede aplicar a todos los trastornos incluido la esquizofrenia, se basa en el acercamiento a un paciente desde sus aspectos positivos y no al contrario (Dörr, 2005, pp. 12 - 13). Busca considerar todas las peculiaridades y características positivas de ese modo de ser, vivenciar y componerse que se clasifica como anormal, por presentar desviaciones con respecto a la norma. Los aspectos o rasgos positivos de una persona, independientemente de los síntomas característicos de la esquizofrenia, podrían resumirse en los siguientes: alto nivel de creatividad y autenticidad, facilidad para acercarse a un espacio trascendente, la inapelable o contundente búsqueda de verdad (podría entenderse como paradójico debido a los delirios), y por supuesto la originalidad en su percepción y valoración de la realidad. Se podría comparar de cierto modo este ejercicio concentrado en el reconocimiento de los aspectos positivos, de la perspectiva dialéctica, con el ejercicio que realizan los artistas al momento de crear? es decir, ¿ver con creatividad y originalidad, lo productivo, peculiar y positivo de básicamente todo, incluso aquello anormal, negativo o dañado, con el fin de crear algo? Se discutirá esta similitud de manera más global en los siguientes capítulos de este proyecto de investigación.

Los beneficios generados por la aplicación de esta técnica terapéutica (dialéctica) son notables y fundamentales especialmente en el bienestar inmediato o a corto plazo del paciente. El más importante y discutido es el contacto que se genera con el paciente (Dörr, 2005, pp. 12-14), pues como se había mencionado anteriormente, al no calificar los síntomas como negativos y equivocados, el terapeuta tendrá un acercamiento a ellos y por ende también al paciente, mientras que a la vez acepta y valora su modo de vivenciar y entender la realidad. Al percibir esta apertura, se producirá en el paciente un gran alivio, menor tensión emocional y una inclusión inmediata al menos en el espacio terapéutico.

Las nuevas técnicas de intervención para esquizofrenia han optado por un acercamiento dialéctico, algunas de ellas son: la positivización, propuesta por Benedetti (1992, p. 83); el reconocimiento proyectivo, desarrollado por Wulff en su libro *La lógica insana: Sobre la comprensibilidad de la experiencia esquizofrénica* (1995); la intención paradójica, propuesta por Mara Selvini Palazzoli (1982); o la psicoterapia con familias propuesta por Stierlin en su libro *El esquizofrénico del terapeuta como interlocutor y facilitador del diálogo* (1985), que responde más a una estrategia dialéctica. Todas estas están emparejadas con la esencia de la fenomenología y la hermenéutica ya que buscan lo primordial y originario. Es a través de ésta teoría, método, técnicas y actitud (fenomenológica, en lugar de natural) que se puede descubrir o reconocer realmente las estructuras del ser humano en el esquizofrénico.

La manera en la que la terapia fenomenológica procede, consta de ciertos requerimientos o pasos, que aunque no se han establecido según un orden estricto o inamovible, son indispensables para lograr la meta de la terapia que es comprender a profundidad la estructura de las vivencias del paciente. Para los conceptos fundamentales requeridos en la terapia, se ha considerado una organización y secuencia congruente, que se aplica generalmente, aunque no estrictamente con pacientes esquizofrénicos. En primer lugar se deberá realizar la *epojé* o, poner entre paréntesis los prejuicios, conceptos o conocimientos previos sobre un tema (actitud natural), particularmente sobre la esquizofrenia. De esta manera se logra que el fenómeno, es decir la persona, se exprese de la manera más pura posible. La atención del terapeuta se debe mantener flotante, no se debería interrumpir mientras el paciente esté hablando, debe dejarse llevar en el discurso cuando éste se presente. A continuación el terapeuta deberá desplegar el discurso del paciente en contenidos de sentido, cuyo símil vendrían a representar los bloques de una construcción, y la construcción correspondería a la estructura o constitución de la realidad del paciente. Resulta fácil

ilustrarlo de esta manera ya que se debería comprender este proceso de terapia como la detección de la arqueología de la constitución de la realidad del paciente. Al desplegar el discurso se busca comprender cómo estos contenidos de sentido se juntan entre ellos y van formando su estructura y por tanto al paciente como tal. Es importante mencionar el riesgo, dificultad y posible limitación en este paso de la entrevista y terapia, ya que el terapeuta al apropiarse de la narración del paciente, podría incrementar ideas y construir con su propia visión, un sentido que no necesariamente responda al discurso del paciente. Hasta este punto, el proceso ha recurrido únicamente a la descripción. A partir del siguiente, se considera la interpretación.

Una vez comprendida cómo está constituida esta realidad, el terapeuta debe mostrarle al paciente los bloques o contenidos de sentido ya desplegados para que pueda generar alteridad y otorgar una nueva significación de esas estructuras, logrando así una reestructuración o modificación de la constitución de sus experiencias, de sí mismo, y de su acercamiento al mundo. Después de todo, estos bloques o contenidos de sentido son la condición de posibilidad para que las experiencias sean vivenciadas como son, para que los eventos sucedan como lo hacen y finalmente para que la persona sea como sea. Por tanto, la reestructuración o alteridad de éstos lograría un cambio fundamental en el paciente.

Cabe mencionar que cuando se trata de pacientes esquizofrénicos específicamente, la interpretación por parte del terapeuta se debe realizar desde lo concreto, es decir no solo considerar el fondo de la narrativa, sino la forma, la manera en la que se cuenta. Se debe tomar en cuenta aspectos básicos como la articulación del lenguaje y el posicionamiento del cuerpo del paciente, las vivencias más concretas del paciente. Y la interpretación sólo se puede realizar cuando todos los bloques han sido desplegados y clarificados. Algunas de las preguntas fundamentales que se trata de responder son: ¿Qué es lo previo en el discurso de la persona? o ¿Cómo está constituido ese discurso? Se puede notar como la sesión terapéutica

fenomenológica no se queda en la explicación de los síntomas, sino que busca comprender cómo y desde dónde se generan. Dada la explicación del proceso de la terapia fenomenológica, se puede introducir y considerar el arte terapia como método válido en este tipo de enfoque.

Como ya se conoce, la comunicación es un pilar fundamental para la experiencia del mundo y de uno mismo. Incluso la constitución de uno mismo se basa en gran parte en la experiencia comunicativa del mundo, del otro y de los otros. Y si se considera una de las privaciones más severas en la esquizofrenia es justamente la “restricción del modo existencial comunicativo” (Lang, 2005, p. 543). La perspectiva dialéctica, como ya se ha establecido, tiene la apertura de instaurar una terapia y práctica que permitirá que el paciente retome su experiencia comunicativa, a través del arte terapia. Valora las diferencias fundamentales de la enfermedad, al ver ciertas características como positivas, las reconoce como potenciales herramientas útiles para la creación artística.

Con un tratamiento focalizado en la totalidad de experiencia vivencial personal y la vulnerabilidad individual, como lo propone la psicología fenomenológica, se podría establecer un vínculo o conexión con el arte y el arte terapia como herramientas terapéuticas para pacientes con esquizofrenia. Con un enfoque positivista, el self desordenado no sólo debería ser visto como problemático y caótico en todos los ámbitos, y mucho menos en espacios creativos en donde ese self puede coexistir armoniosamente con su ambiente. El acercamiento al arte en el caso de una persona con esquizofrenia, con un self desordenado, es decir con vivencias, pensamientos, sentimientos e incluso corporalidad no reconocidas como propias, vistas desde la perspectiva de una tercera persona, podría hasta cierto punto ser clínica y artísticamente valioso y productivo.

La pérdida del contacto encarnado y vital con la realidad, según varios pacientes se expresa como una ligera opacidad o neblina en la conciencia, como un sentimiento de estar

alienado del mundo (Ratcliffe, 2008, p. 368). Ésta pérdida del contacto en primera persona con la realidad y el mundo que se menciona, podría manifestarse a través de colores en un lienzo, cerámica en una escultura o letras en un poema, como una perspectiva válida del mundo, como una experiencia vital distinta, que aunque se perciba o sienta ajena, no deja de ser genuinamente personal, única. Independientemente de la etiología de la situación, problema o trastorno, todos esos sucesos causan o dan paso a ciertas vulnerabilidades y es a través del arte, que la persona puede compensar estas debilidades, especialmente mentales, llamadas también fragilidades psicológicas (De Botton & Armstrong, 2014). El proceso creativo y la actividad de crear, están conformados de autenticidades, sean estas completas, fragmentadas, ordenadas, desordenadas o caóticas. Es realmente en el proceso del arte en donde este desorden del self puede de cierto modo ordenarse o revertirse con la actividad y repetición de crear arte y percibir las obras como propias de la persona, como un producto y construcción de la subjetividad, y por tanto, conformada desde la ipseidad o mismidad de esa persona.

Una de las siete funciones del arte, expuesta en el libro *El Arte como Terapia* (2014), de De Botton y Armstrong, es el reequilibrio. ¿Cómo se le podría atribuir al arte la función de re-equilibrar? ¿Y cómo es que esta función podría relacionarse con la psicopatología de la esquizofrenia? El reequilibrio es una función del arte que además de poner a la persona en contacto consigo misma, a través de una exploración interna, la conecta con sus ausencias y fragilidades, logrando de cierta forma una restauración de la persona con su ser interior (De Botton & Armstrong, 2014). En el caso de la esquizofrenia, ese ser interior no es percibido como íntimo o interno, sino más bien como ajeno, distante y externo.

## **Capítulo 4. Descubrimientos en Neurociencia: Arte terapia y Cambios en Estructuras Cerebrales**

Varios estudios en neurociencia han comprobado que mediante la aplicación y práctica regular del arte terapia, se produce cierta activación en estructuras cerebrales específicas y por tanto también ciertos cambios o restauraciones (Lizana, 2017, p. 107). Esto implica un campo muy grande de investigación en cuanto a los beneficios neurológicos de la práctica del arte, tanto para personas sin enfermedades mentales, como para personas con algún trastorno como la esquizofrenia que particularmente presenta muchos déficits cognitivos debido a esta condición. Con el fin de conocer los cambios estructurales y beneficios producidos por el arte en la esquizofrenia, es importante considerar dos aspectos: todas las áreas cerebrales involucradas durante el proceso artístico y las deficiencias y déficits cognitivos más comunes presentes en la esquizofrenia. De esta manera se podrá entender cómo es que a nivel cerebral, el arte podría ser útil como herramienta terapéutica en la intervención clínica de la esquizofrenia.

Como ya se ha establecido anteriormente, la esquizofrenia presenta un alto nivel de disfuncionalidad en prácticamente todos los ámbitos de la persona que lo padece. Una de las áreas afectada severamente es la cognición, múltiples investigaciones confirman que los pacientes presentan una afectación indudable y un déficit considerable en casi todos los procesos mentales superiores, es decir, el funcionamiento cognitivo (Cavieres & Valdebenito, 2005, p. 106). Algunos de los trastornos cognitivos que se presentan en la esquizofrenia son: dificultad para mantener la atención fija o sostenida, es decir el control ejecutivo de la atención; dificultad para evocar recuerdos de la memoria a largo plazo; déficit atencional ante estímulos auditivos o visuales distractores; déficit en el mantenimiento de una postura para realizar cualquier actividad; dificultad para distinguir entre información fundamental, relevante y aquella poco importante o innecesaria; incapacidad para seleccionar estímulos

necesarios y para descartar o ignorar los irrelevantes, es decir una pobre capacidad de inhibición; déficit en la memoria visual y también en la verbal, especialmente en la autobiográfica, declarativa episódica, es decir una pobre capacidad para aprender y recordar información de actos, eventos o experiencias que han sucedido recientemente; dificultad para reconstruir la propia historia; y déficit en la memoria de trabajo y por tanto, en todas las tareas que la requieran (Pardo, 2005, p. 71-83).

Estas deficiencias son características y muy frecuentes en casos de esquizofrenia. El término de *dismetría cognitiva*, formulado por Andreassen, neurólogo Alemán, hace referencia justamente a la relación existente entre las alteraciones cognitivas y neuropsicológicas mencionadas y los síntomas psicóticos presentes en la esquizofrenia (Andreassen, Paradiso, & O'Leary, 1998, p. 97). Dadas todas estas dificultades o deficiencias cognitivas, es fácil imaginar la limitada calidad de vida y el nivel de disfuncionalidad de los pacientes con esquizofrenia. Las afectaciones primordiales y déficits más prominentes a nivel cognitivo encontrados en estos pacientes se enfocan en la memoria, atención, memoria de trabajo, rapidez de procesamiento, resolución de problemas, y cognición social (Nuechterlein, Barch, Gold, Goldberg, Green, & Heaton, 2004, p. 32).

Debido a estas disfuncionalidades, que generan dificultades en todos los aspectos de la vida del paciente, el enfoque primordial por parte de psiquiatras y psicólogos en el tratamiento de esquizofrenia es dirigido a la cognición, además que también es el área más estudiada en este trastorno (Hyman, & Frenton, 2003, p. 351). Dado que la mayor parte del tratamiento está basado en la mejoría de las funciones cognitivas del paciente, y el arte terapia produce varios cambios estructurales en el cerebro durante la actividad y el proceso artístico, se la podría considerar como una posible técnica de apoyo en el tratamiento para la esquizofrenia.

El arte y su práctica no es usualmente asociada con el cerebro, ni con la actividad que produce o cambios estructurales en él, sino que es mas bien entendida por las personas como un producto o reflejo del alma. El arte está siempre más aproximado a definiciones e interpretaciones como la del dramaturgo y escritor irlandés, George Bernard Shaw (1856 - 1950), que dice: “Usas un espejo de cristal para ver tu cara; usas obras de arte para ver tu alma.” ; o la del pintor español Antoni Tapies (1923 - 2012): “El arte es la filosofía que refleja un pensamiento.” Se puede ver de cierta forma como el arte es relacionado con aspectos como el alma, la espiritualidad, el pensamiento, la creatividad, etc., y de hecho, existe dicha relación, pues el arte es la representación de todos esos aspectos mencionados y de muchos otros, pues depende de cada persona y sus creaciones. Sin embargo, no se toma mucho en cuenta la relación que tiene el arte y su producción con la actividad cerebral, los procesos neurológicos y la función de muchas estructuras de la corteza. En general, cualquier actividad que realice una persona produce una respuesta a nivel cerebral, pero la práctica de arte al ser una actividad compleja por involucrar y relacionar tantos tipos de cognición, debe ser evaluada a profundidad para reconocer las utilidades que podría tener a nivel de restauración o activación en los procesos cognitivos de personas que han perdido o presentan déficits en éstas y otras áreas, como sucede en el caso de la esquizofrenia.

Dahlia Zeiden (2010), expone tres teorías cerebrales sobre el arte, y la primera es que en función a la teoría de las vías y regiones cerebrales localizadas, el arte está relacionado a muchas regiones neuronales. Es decir, el arte requiere de una procesamiento cognitivo multiregional, no se usa únicamente una región cerebral en la producción artística (Zaidel, 2010, p. 177). Lo anterior afirma la concepción errónea de la lateralización y especialización de un hemisferio o lóbulo específico del cerebro como controlador de la habilidad artística. Estudios de neuroimagen en artistas que han sufrido lesiones tanto en el hemisferio derecho como en el izquierdo, muestran que las habilidades artísticas y capacidad de crear se

mantiene independientemente de la lateralidad cerebral y de lesiones en los lóbulos y que el pensamiento simbólico no se pierde (Vartanian & Goel, 2004, p. 894).

Hay estudios específicamente realizados con resonancia magnética funcional (fMRI), que se han concentrado no sólo en la activación cerebral provocada por la práctica de una artista, sino también en la activación producida al mirar obras de arte y opinar sobre ellas, (mayormente que cumplen con características estéticas). Los resultados indicaron un aumento de activación en el giro occipital bilateral; en el núcleo caudado derecho; en el surco cingulado izquierdo y en el giro fusiforme bilateral, en función a una mayor preferencia por las obras (Nadal, Munar, Capo, Rossello, & Cela-Conde, 2008, p. 382). Cabe recalcar que la activación neuronal producida por el arte es distinta a la que se produce por actividades también complejas como por ejemplo el lenguaje, aun así ambas sean un tipo de sistema de comunicación.

Muchas veces las personas han conectado o relacionado el arte con el lenguaje, hasta tal punto que se ha ubicado ésta práctica dentro del campo del lenguaje, y en realidad se puede interpretar como un visión muy acertada hasta cierto punto ya que ambos requieren de una cognición abstracta, simbólica y referencial, sin embargo no por esto se puede decir que han emergido del mismo proceso; provienen de vías neuronales y estructuras distintas, han sido formados por distintas vías evolutivas (Zaidel, 2010, p. 177). Como ya se ha mencionado, para la práctica del arte muchas regiones cerebrales se ven involucradas y son necesarias, a diferencia del lenguaje, que depende de regiones neuronales altamente especializadas y circuitos específicamente del hemisferio derecho. Otra de las diferencias fundamentales entre el arte y el lenguaje es la localización. Se conoce con certeza que el lenguaje y sus posibles aplicaciones, se producen en el hemisferio derecho, sin embargo no se ha descubierto una área, hemisferio, circuito o región específica que pueda explicar la relación entre el arte y el cerebro. Este desconocimiento se debe en parte a que el arte es un

sistema complejo que usualmente no presenta símbolos objetivos, sino más bien abstractos; distinto al lenguaje que provee unidades individuales, es decir letras o signos que han sido definidos y por tanto se entiende que son susceptibles a una formulación objetiva (Zaidel, 2010). En cuanto al aspecto comunicativo, también se expresa una gran diferencia entre ambos, pues el lenguaje provee la escritura, el habla, la comprensión y la lectura; mientras que los aspectos comunicativos del arte pueden ser infinitos ya que sus combinaciones son capaces de variar en gran medida en expresión y forma, además el arte es generalmente ambiguo y no se ajusta a medidas rígidas de significado o entendimiento (Langer, 1962). De esta manera se puede concluir que hay sistemas de comunicación empleados por los humanos que no necesariamente comparten las mismas estructuras neuronales, ni funcionan a través de éstas, como el arte (Hauser & Bever, 2008). Este hecho es realmente positivo porque aunque la persona sufra una lesión cerebral, mantendrá la posibilidad de comunicarse de cierta forma, aún así su sistema responsable por el lenguaje no funcione adecuadamente.

¿Se podría decir entonces que el arte es una representación superior de la mente humana, en cuanto a la comunicación, en comparación con el lenguaje? No se podría determinar con certeza, pero el hecho de que el talento, la habilidad artística, y la creatividad estén respaldadas por amplias y múltiples áreas cerebrales y que sean muy resistentes al daño cerebral (Zaidel, 2010), podría sugerir de cierta manera la indudable importancia, atribuida por la misma naturaleza humana, hacia el sistema de comunicación expresado por medio del arte y la creatividad, incluso por encima de la expresión lingüística, que podría ser perdida por una lesión cerebral con mucha mayor facilidad. Si la producción artística es una de las habilidades más difíciles de perder para el ser humano, es probable que la misma naturaleza de nuestro ser busque promover esta práctica, pues el lenguaje es una herramienta útil y práctica para la comunicación entre pares, pero no puede producir ni transmitir todo lo que el arte puede, debido a la abstracción e individualidad de su expresión.

A continuación se describirá de manera general las áreas corticales, lóbulos, regiones, y estructuras cerebrales involucradas y/o que muestran activación durante la ejecución de actividades relacionadas al proceso artístico. Se ha visto que la activación se da tanto mediante el ejercicio o práctica del arte en varios medios como la pintura, música, poesía, etc., como mediante su apreciación. Muchos estudios científicos y experimentales han direccionado su investigación a la interacción entre los sistemas cerebrales y la cognición que se produce durante la creatividad y la práctica artística. Y la técnica mayormente usada para la recolección de datos es la imagen por resonancia magnética funcional (fMRI) (Beaty, Benedek, Silvia, & Schacter, 2016; Gonen-Yaacovi, de Souza, Levy, Urbanski, Josse, & Volle, 2013; Wu, et al, 2015; Chen, et al., 2014).

Es importante mencionar en primer lugar, que aunque las personas, a través de la actividad neuronal predeterminada, tengan la habilidad de generar pensamientos o ideas espontáneamente, estos procesos ingeniosos pueden también requerir, beneficiarse y producirse mediante la intencionalidad y el control cognitivo de la mente (Andrews-Hanna, 2014, Smallwood, & Spreng, p. 38.) Además, estos pensamientos generados por la persona, son producto de una actividad mental que no necesariamente requiere de material externo o ambiental para producirse (Smallwood, 2014, p. 523). La mente, gracias a su habilidad de poder enfocarse o direccionarse hacia sí misma, en cierta medida, puede generar productos independientemente de lo que esté visualizando o aprehendiendo del ambiente. Un estudio relacionado a la cognición de la creatividad publicado en la revista científica, *Trends in Cognitive Sciences* (2016), sugiere que la cognición creativa involucra procesos intencionales y direccionados a un objetivo o meta, especialmente cuando la cognición está regida o limitada de cierta forma a ciertos parámetros o a cumplir ciertas tareas. Ciertos elementos del pensamiento creativo, especialmente la evaluación y producción de las ideas creativas, involucran también a la cognición direccionada a una meta (Beaty, et al., 2016, p. 87).

Además de que el pensamiento creativo requiera de cierto modo el pensamiento intencional-ejecutivo, también se puede ver beneficiado por éste y por las dinámicas interacciones que se producen entre las redes del pensamiento espontáneo y las de control ejecutivo (Beatty, et al., 2014; McMillan, et al., 2013). Se sugiere que la red de pensamiento espontáneo contribuye al surgimiento de ideas o de información posiblemente útil (derivada de la memoria largo plazo) debido al papel que desempeña en la cognición generada automáticamente como la memoria episódica (Andrew-Hanna, et al., 2014, p. 32).

Para poder determinar algunas de las estructuras cerebrales conocidas que se involucran en el proceso creativo y artístico es necesario ver este proceso mayormente como el resultado de la intencionalidad y cognición de la persona. El estudio de un órgano tan complejo como el cerebro debe ser muy específico y focalizado, especialmente cuando lo que se busca estudiar son procesos cognitivos complejos, que requieren de más de una estructura para su funcionamiento, como es la creatividad o la creación artística. Dos redes cerebrales han sido especialmente estudiadas, la red de control ejecutivo y la predeterminada (espontánea); esta red engloba las regiones parietales inferiores del cerebro (Raichle, MacLeod, Snyder, Powers, Gusnard, & Shulman, 2001, p. 679). La actividad neuronal predeterminada se relaciona con el pensamiento espontáneo, algunos ejemplos de este tipo de pensamiento son: la simulación mental, la cognición social, el recuerdo autobiográfico, el pensamiento episódico direccionado hacia el futuro y el bagaje mental (Andrews-Hanna, 2012; 2014; Buckner, Andrews-Hanna, & Schacter, 2008). Por otro lado, la red de control ejecutivo involucra las regiones parietales anterior e inferior y prefrontal lateral; y su actividad se encuentra asociada con procesos cognitivos que requieren de atención direccionada externamente, es decir, orientada desde el exterior, como por ejemplo: el cambio de una tarea a otra, la integración relacional o la memoria de trabajo (Seeley, Menon, Schatzberg, Keller, Glover, Kenna, Reiss, & Greicius, 2007, p. 2351).

Como se ha establecido previamente, las redes neuronales interactúan entre ellas durante la cognición creativa y para la valoración de este tipo de cognición, se recurre generalmente a la elaboración de tareas que requieran el uso del pensamiento divergente (Kaufman, Plucker, & Baer, 2008). El reciente estudio *Creative Cognition and Brain Network Dynamics* (2016), evaluó las interacciones entre regiones cerebrales durante una tarea que requería el uso alterno del *pensamiento divergente*. De este modo se mostró cómo las redes ejecutivas y espontáneas en efecto se relacionan para cumplir con la tarea.

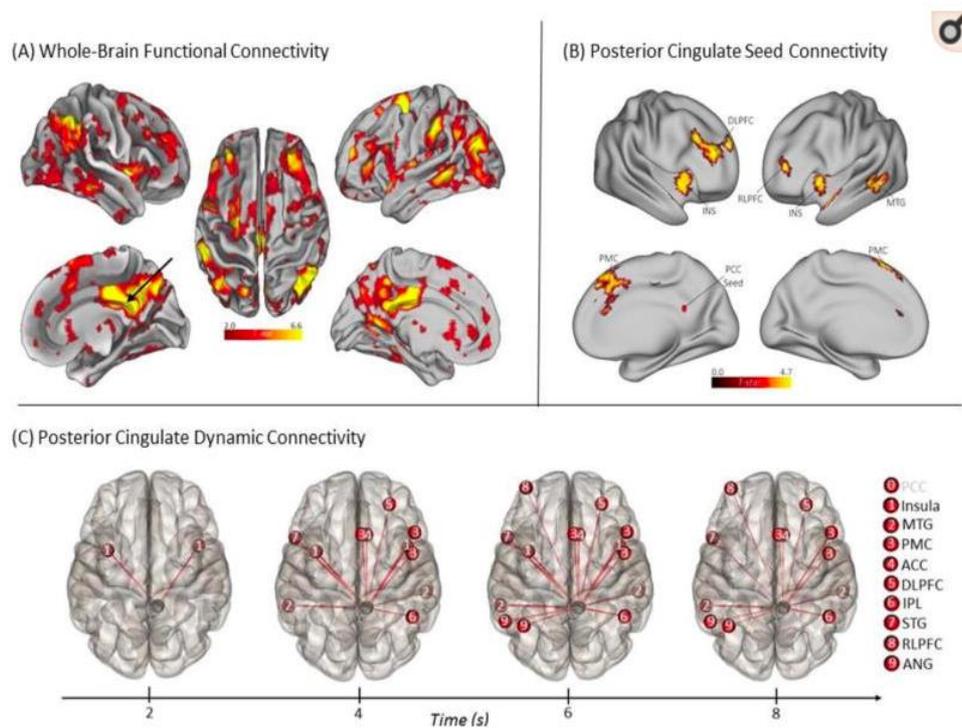


Figura 28. Imagen de la conectividad funcional asociada al *pensamiento divergente*.

La figura 28. muestra que la corteza cingulada posterior (PCC), se ha acoplado con la corteza prefrontal dorsolateral (DLPFC), ambas son parte de la red de control, y con la ínsula bilateral, que pertenece a la red saliente. En la figura 28. C, se muestra como se acoplan los centros de la red durante el desarrollo de la tarea; la PCC se acopla tempranamente, entre otras regiones, con la ínsula anterior derecha y posteriormente con la DLPFC derecha. La ínsula anterior, juega un papel importante en la transposición entre las redes espontáneas y ejecutivas (Cocchi, Zalesky, Fornito, & Mattingley, 2013). Además, el acoplamiento temprano entre ambas redes, que se muestra en la figura 28. C, es un mecanismo intermediario que, en el caso de esta tarea, facilitó el acoplamiento posterior entre estas redes (Beatty, Benedek, Silvia, & Schacter, 2016, p. 89). Para respaldar esta investigación, otro estudio de *pensamiento divergente*, ha demostrado que los participantes altamente creativos mostraron una relación o acoplamiento con el giro frontal inferior, que es una estructura cerebral asociada con el control cognitivo o ejecutivo (Gonen-Yaacovi, et al., 2013).

**Estos resultados indican la relación entre las regiones de las redes del control ejecutivo y las redes espontáneas, y por tanto el beneficio que obtiene el pensamiento creativo dada esta relación.** Mencionados estos dos tipos de procesamiento y funcionamiento de la mente, investigaciones sobre la relación entre ellos y un ejemplo de resonancia magnética, en el que se ilustra a breves rasgos dicha relación, se indagará a continuación la activación cerebral que se da al realizar, particularmente tareas creativas y artísticas.

La neurociencia de un medio artístico como son las artes visuales no ha sido tan estudiado e indagado en comparación a la improvisación musical; sin embargo, recientemente este medio junto a la escritura creativa y la improvisación lírica han ido ganando espacio en la exploración científica (Ellamil, Dobson, Beerman, Christoff, 2012; Schlegel, 2015; Liu, 2015; Erhard, 2014; Shah, 2013; & Liu; 2012). Como ya se ha

mencionado anteriormente, durante la producción y evaluación de ideas se genera una interconexión funcional entre la corteza prefrontal y la corteza cingulada, y esta conectividad se aplica, sin excepción, a las artes visuales (Ellamil, Dobson, Beerman, & Christoff, 2012). El estudio *Evaluative and generative modes of thought during the creative process* (2012), sugiere que tanto la evaluación de artes visuales, como la producción de dichas artes, recurren a un modo específico de procesamiento que involucra las dos formas de pensamiento evaluativo: *top-down* y *bottom-up*, (Ellami, et al., 2012). Por un lado, el pensamiento y red espontánea utiliza una evaluación *bottom-up* basada en mecanismos autorreferenciales y espontáneos; mientras que la red de control ejecutivo utiliza la evaluación *top-down* para tareas direccionadas a una meta, y modifica la información ambiental basándose en mecanismos de control como es la selección y la inhibición (Beaty, et al., 2016).

Por ejemplo, la cognición creativa y la producción de ideas requieren de manera significativa el involucramiento de la red espontánea, y una de las funciones primarias de esta red es la recuperación de la memoria, específicamente la episódica (Schacter & Addis, 2007). No obstante, esto no significa que los sistemas cognitivos (de control) y los mecanismos ejecutivos no estén involucrados, aunque sea parcialmente, en el pensamiento creativo. Se debe mencionar que mientras menos direccionada y dirigida con instrucciones sea la tarea, menor involucramiento del control ejecutivo se verá. Sin embargo, ambos procesamientos (*top-down* y *bottom-up*) en cierta medida, son necesarios durante la cognición creativa, lo que genera que muchas regiones y estructuras cerebrales se encuentren activas durante esta cognición. Se puede recalcar que los tipos de procesamientos (*top-down* y *bottom-up*) están representados en y relacionados con los tipos de pensamiento (*convergente* y *divergente*). Por un lado, el pensamiento *convergente* es racional y analítico, por tanto utiliza el procesamiento *top-down*, enfocado en la planificación y que enfatiza el conocimiento previo de algo para

generar una respuesta; mientras que el pensamiento *divergente*, corresponde a un procesamiento *bottom-up*, en el que mediante la exploración de diversas situaciones y soluciones, puede generar ideas creativas.

Parte del estudio de la neuropsicología se ha enfocado puramente en la actividad cerebral, y éste direccionamiento ha llevado a esta rama de la psicología a descubrir la influencia y efecto que tienen las distintas conductas y prácticas sobre el cerebro, y viceversa. En el caso del arte, la neuropsicología se ha encargado de conocer y comprender cómo los mecanismos cerebrales, que son el medio de posibilidad de los recursos cognitivos, se involucran en aspectos como el desarrollo, la ejecución y planeación de la producción artística (Werman, 1979, p. 224). Dichos mecanismos no solo involucran habilidades complejas, sino también aspectos sensoriales, los cuales podrían ser el fundamento importante de herramientas terapéuticas dentro de un plan de intervención.

Silvano Arieti, en su libro *Creativity: The Magic Synthesis* (1976), menciona que la actividad artística se involucra con la “activación del área multimodal del cerebro, la corteza tétoro-parietal-occipital y la corteza prefrontal”. Estos procesos, gracias a una actividad conjunta, procesan estímulos externos ambientales y generan los procesos que responden a la habilidad de asociación y síntesis (Arieti, 1976, p. 112). En una revisión y discusión del libro de Arieti, se propone que algunas estructuras del sistema límbico y las zonas mediales de los hemisferios están implicadas en la emocionalidad humana, por tanto están también relacionadas con el proceso creativo (Werman, 1979, p. 224). Las áreas auditivas, visuales y motoras son también fundamentales en la producción de una obra debido a su activación está relacionada con los procesos perceptivos directamente (Ríos & Jiménez, 2015, p. 50).

Un aspecto importante del medio del dibujo y la pintura particularmente, es que por lo general requiere de una constante repetición y procesos de ensayo y error, pues son éstas formas de aprendizaje las que entrenan y perfeccionan tanto la habilidad en este medio

artístico, como las estructuras subyacentes que controlan esta habilidad visible o superficial (Albano & Price, 2014). La producción de obras en pintura involucra regiones y áreas cerebrales que comienzan en las vías sensoriales de entrada, principalmente el tacto y la visión, y señales de salida reflejadas en actos motores o conductas como pintar. La abstracción del objeto artístico en la pintura, es producida por mecanismos neuronales de mayor complejidad, que permiten la modificación del objeto real; ésta abstracción se produce desde el estado emocional, sensaciones específicas, y percepciones de la persona, reflejadas, moldeadas y expresadas mediante o a partir de las experiencias y la formación del pensamiento de la persona (Ríos & Jiménez, 2015, p. 51). Con respecto a la apreciación del arte, especialmente cuadros, las neuronas espejo muestran un peso significativo en esta conducta, basado en la actividad fisiológica, debido a la respuesta emocional relacionada a la apreciación y percepción artística de la persona (Freedberg, & Gallese, 2007, p. 7).

Considerando un medio artístico distinto, como la escritura creativa, que requiere de los procesos de lectura y escritura, involucrará áreas más específicas, principalmente: “el área de Broca, el giro angular, el cuerpo calloso, el área de Wernicke, y el área medial del lóbulo occipital” (Alcaraz y Gumá, 2001; Portellano, 2005; Ardila y Rosselli, 2007). Sin embargo, para la escritura literaria se debe hacer énfasis en las áreas y redes emocionales que se activan conjuntamente con las áreas relacionadas a la lecto-escritura, debido a que la narración y discurso involucra en gran medida la emocionalidad y los contenidos afectivos de la persona. Es la interconexión entre dichas redes y estructuras lo que da paso a que se produzca un trabajo creativo, ya que durante este proceso simultáneo, los centros creativos neuronales de ésta interconexión se encuentran activos (Ríos & Jiménez, 2015, p. 50).

En general, tanto las habilidades como la práctica de actividades implicadas en la creatividad proceden desde el funcionamiento ejecutivo, por tanto se menciona que la mayor actividad se produce en los lóbulos frontales, sin negar el procesamiento de éstas en varias

regiones cerebrales (Ríos & Jiménez, 2015, p. 48). La creatividad, según una investigación publicada en la revista *Salud Mental* (2004), “Implica la integración de diversas funciones mentales, así como también de los componentes de la experiencia propia”. Al llevar a cabo la investigación en donde se buscaba correlacionar el flujo sanguíneo cortical de una persona dependiendo la tarea asignada; descubrieron que “el índice de creatividad se correlaciona positivamente con el flujo cerebral en múltiples áreas de ambos hemisferios”. Estas áreas (cerebelo anterior derecho, giro precentral derecho, giro recto derecho, giro parahipocámpico derecho, giro frontal medio izquierdo y lóbulo parietal inferior izquierdo) están implicadas en el procesamiento multimodal, las estructuras subcorticales y corticales, en el procesamiento de emociones y en funciones cognitivas complejas, ya que encontraron un aumento en el flujo sanguíneo de las estructuras correspondientes (Chávez, Graff-Guerrero, García-Reyna, Vaugier, & Cruz-Fuentes, 2004, p. 42). Este descubrimiento lleva a que los autores del estudio propongan que el desarrollo creativo conlleva un procesamiento central que se lleva a cabo mediante un sistema complejo y global distribuido en el cerebro.

En un investigación, *Activación de las redes neuronales del arte y la creatividad en la rehabilitación neuropsicológica* (2015), los autores resaltan el uso del arte como un potenciador general de la actividad cerebral y como una “influencia para la modificación, estimulación, habilitación y rehabilitación de conductas, emociones, pensamientos, aprendizajes (...)”. El arte resulta ser un medio de integración del cerebro y de su funcionamiento, también logra ilustrar algunos de los pilares más representativos del ser humano: el biológico, psicológico y social (Ríos & Jiménez, 2015, pp. 49 - 51). Gracias a la apertura en cuanto al acercamiento experimental y científico en el campo del arte, se ha podido indagar en las estructuras cerebrales y procesos biológicos detrás de las manifestaciones artísticas, sugiriendo la inclusión de la aplicabilidad de la práctica artística como una herramienta válida en el medio clínico del campo neuropsicológico, para la

intervención de pacientes con distintos tipos de condiciones mentales y disfuncionalidades en aspectos cognitivos. Distintos medios del arte como literatura, música, pintura, escultura, servirán también como propuesta de rehabilitación, ya que apuntarán a la modificación de la actividad neuronal del paciente (Ríos & Jiménez, 2015, pp. 53).

Con la mencionada información sobre el impacto a nivel neuronal y cortical de la práctica del arte; la relación existente entre el pensamiento creativo, espontáneo y las estructuras de control y funciones ejecutivas, y la relación del arte con la emocionalidad humana, se pueden reconocer los posibles beneficios que tendría el arte y por tanto, el arte terapia, en pacientes que presentan déficits en áreas cognitivas como por ejemplo en la esquizofrenia. Particularmente en el caso de la esquizofrenia, muchas de las disfuncionalidades cognitivas que se presentan, son coincidentalmente las mismas que se relacionan, muestran activación y participan en la conexión que se produce en la producción y ejercicio artístico. No sería imposible que en un futuro, las investigaciones científicas descubran la posibilidad, en cierta medida, de la restauración de dichas conexiones y estructuras que producen aspectos de la cognición, con ayuda del arte.

Sin el afán de desmerecer o negar los hallazgos que las investigaciones han brindado al ámbito neurológico, psiquiátrico y psicológico, considero importante mencionar (de manera general), una de las posibles limitaciones de la investigación científica del cerebro en este capítulo. Por cuestiones éticas, el estudio del cerebro se puede realizar muy limitadamente durante el curso de la vida del ser humano; este hecho ha generado grandes barreras para la investigación, ya que la actividad cerebral producida por una persona durante una tarea se puede registrar parcialmente gracias a equipos que proyectan imágenes cerebrales corticales, sin embargo, no muestran con exactitud ni precisión las estructuras involucradas en dicha tarea, sino que sólo proyectan la actividad de regiones y lóbulos, los cuales son la base de las teorías que afirman que cierta estructura muestra activación con

determinada tarea, considerando que el lóbulo o área a la que pertenece se ve involucrada. Dado que el cerebro es un órgano tan complejo y las actividades y conductas humanas generan una interconexión en las estructuras cerebrales, es casi imposible determinar la activación de un área en específico con absoluta precisión, pero también lo es por la imposibilidad de realizar una intervención cerebral mientras la persona se encuentra ejecutando la tarea. Además, con respecto al arte, como ya se ha mencionado anteriormente, es una práctica de alta complejidad que requiere que varias áreas cerebrales se involucren durante su producción y que interactúen simultáneamente entre ellas; por tanto, debido a este motivo y a la imposibilidad de una intervención física profunda en el cerebro durante la práctica artística, no se puede determinar con precisión todavía qué estructuras específicas son responsables por una habilidad o desempeño en una tarea.

Para concluir este capítulo direccionado a la neurofisiología y psicología del arte, considero valioso incluir una frase de Dahlia W. Zaidel, escrita en su libro *Neuropsychology of Art* (2015, p. 16), que hace referencia a la importancia que tiene el espacio de una artista, en ese lugar, no necesariamente geográfico, se pueden desarrollar sus ideas, sus conexiones cerebrales, sus obras y a el mismo. "El estudio del artista, independientemente de su ubicación y tiempo en la historia, es un laboratorio natural para la neuropsicología y la neurociencia. A diferencia de los estímulos deliberados, impulsados por la teoría, creados en laboratorios científicos con el fin de derivar modelos de comportamiento y de la mente, los artistas a menudo crean sus obras de forma espontánea, sus producciones reflejan la mente en el cerebro en un entorno natural "(traducción propia).

A continuación se explorará y se evaluará el posible acercamiento al arte a partir del estado psicótico del paciente, es decir, sin la regulación conductual y emocional producida por la medicación.

## Capítulo 5. Interrogantes sobre el acercamiento al arte a partir del estado psicótico

La obra de un paciente podría proveer mucha información al equipo clínico sobre su estado actual, sobre sus procesos internos, avances y retrocesos de las distintas terapias que forman parte de la intervención global, pues el arte acumula el verdadero autoconocimiento y es una manera compleja y precisa de comunicar ese proceso interno a otras personas. La pintura particularmente logra capturar una parte esencial del caos y de la transformación interna, justamente aquella parte que no es verbal. En momentos podría parecer que la producción de una determinada obra es un proceso espontáneo y aleatorio, sin embargo, aun en casos de la práctica artística en pacientes con esquizofrenia, la obra es una gestación interna, requiere de la suma de experiencias, eventos, estresores, emociones y otros diversos factores que conforman y darán paso a la expresión urgente y recurrente de la persona. En palabras de Antoni Tàpies, *“La obra se va gestando lentamente en el interior del artista. Se crea como un hábito de pensar y reaccionar en imágenes que después, casi inconscientemente, vamos decantando y seleccionando...”* (Tàpies, 1971, p. 39).

Hay varias teorías explicativas sobre la producción creativa y la fuente misma de la creatividad; todas ellas con válidos puntos de vista y argumentos. Una de ellas hace alusión a la libertad del pensamiento producida por una distorsión neurótica, como suscitador del proceso creativo (Kubie, 1958, p. 71). Al considerar las características de la esquizofrenia, en general se podría validar una fuente creativa de este tipo; y dada esta explicación se podría también considerar al episodio psicótico como productivo, en tanto que tenga la potencialidad de ser un estado que permita o promueva una producción artística intensa, debido a la importante fragmentación y distorsión que se experimenta. Debería entonces existir una manera de balancear y regular el episodio psicótico para que no se pierda la energía y material inconsciente y creativo del paciente, que podría traducirse en obra artística.

Al pensar en el proceso de la creación artística, resulta sencillo relacionar la actividad con varios posibles estados del ser humano y no con uno en particular, como el estado de vigilia o de conciencia plena, y también es factible relacionarla con una profunda activación cerebral, conexión espiritual y hasta con los estados alterados de conciencia. Aunque exista una gran variedad y posibilidad en cuanto al estado en el que las personas pueden crear, todos estos estados son aceptados, explorados y estudiados con el fin de entender el proceso creativo. Sin embargo, resulta desconcertante pensar en el desempeño y creación artística bajo un estado de sedación o adormecimiento, tanto mental como corporal.

Lamentablemente, por distintos motivos, ya sea por disposición del instituto, efectos secundarios de la medicación, por negligencia médica, insensibilidad humana, etc., todavía es común que los profesionales de varios hospitales psiquiátricos mantengan en este estado de sedación a sus pacientes con patologías mentales severas, como la esquizofrenia. Es indiscutible el importante rol de la farmacología en la intervención y mantenimiento de esta enfermedad, sin embargo, además de que un alto porcentaje de pacientes (30% al 60%) con síntomas psicóticos agudos, responde inadecuadamente o sólo parcialmente o simplemente no responden en lo absoluto a los fármacos (Miyamoto, Duncan, Marx, & Lieberman, 2005, p. 80), muchas veces puede resultar contraproducente la administración de fármacos por los elevados e incluso a veces irreversibles efectos secundarios. Pues, la tan deseada disminución de síntomas positivos y la evitación de recaídas con antipsicóticos, podría desencadenar muchos más problemas adicionales, lo cual vendría a ser mucho más perjudicial para el paciente. Se conoce que la terapia farmacológica está involucrada en una intervención integral, mas no individual, que busca asegurar el bienestar del paciente basándose en el cuidado de “sus necesidades clínicas, emocionales y sociales”; acompañada de un seguimiento para evaluar y valorar distintos aspectos relacionados a la respuesta clínica de cada paciente ante el fármaco (NICE, 2009, p. 17), lamentablemente, en muchos institutos

psiquiátricos no se cumple esta importante demanda y práctica.

Dado este problema, surgió una interrogante que respecta a la posibilidad de una verdadera práctica de arte terapia bajo condiciones libres del efecto de los distintos medicamentos administrados para la esquizofrenia. Ya se ha comentado previamente el efecto de la medicación en la actividad creativa del paciente, por lo que la discusión recae ahora en los posibles resultados de la misma actividad sin los efectos de la medicación, especialmente de los antipsicóticos. Como ya se había establecido previamente, que la intervención de la esquizofrenia consta de tres fases esenciales. Y se hace un énfasis particular en la primera fase, la estabilización o contención del paciente, debido a que resultaría realmente difícil o incluso imposible, avanzar con las siguientes fases o etapas del tratamiento, si el paciente se encuentra en un estado psicótico, durante un primer episodio o fase aguda (Aznar, et al., 2009, pp. 15 - 16). Esta primera intervención, de tipo farmacológico, tiene distinta duración y dosificación de la medicación dependiendo de cada caso en particular, sin embargo se debe modificar para el mantenimiento del tratamiento (fase de estabilización) ya que generalmente las dosis en la fase aguda son altas. Además existe un fuerte fundamento que afirma que las terapias psicológicas, como el arte terapia, requieren del tratamiento farmacológico para una mayor efectividad (Miyamoto, Duncan, Marx, & Lieberman, 2005, p. 80). De antemano se podría deducir que dicho planteamiento es inviable, pues además de que se requiere de una estabilización farmacológica previa a la psicoterapia, la creación artística al ser una tarea cognitivamente compleja, demanda de una alta actividad neuronal y de la activación simultánea de varias estructuras cerebrales, y en el caso del paciente con esquizofrenia su cognición en general no tienen el rendimiento adecuado ni suficientemente estructurado u organizado para concluir una tarea creativa, en este sentido. Sin embargo, gracias a su naturaleza terapéutica, ¿la práctica del arte podría tener una cualidad abarcadora y neutralizante, distinta y más potente que el resto de psicoterapias? y

dado que su práctica no se limita a personas mentalmente estables o estructuradas, sino que se expande a ser un medio de expresión, que puede no necesitar de ningún tipo de organización o instrucción, y que responde a una necesidad latente en cualquier persona, incluso pacientes esquizofrénicos, ¿podría ser justamente el arte una opción para ellos?

A pesar de las conclusiones compartidas y acordadas en la literatura, podría en cierta medida ser posible que un paciente con esquizofrenia logre desempeñarse artísticamente y producir obras con ayuda del arte terapia, sin medicamentos que estabilicen y controlen su conducta y cognición? Se podría promover con facilidad un dilema a partir de esta interrogante, ya que existe la probabilidad que los pacientes en un continuo estado de sedación, no logren expresar, procesar y crear como sí lo harían con una menor dosis de medicación; o es que tal vez justamente es esa dosis de medicación lo que les permite cognitivamente crear. Probablemente no se pueda suspender la administración, pues se agravaría el cuadro clínico del paciente, por tanto este cuestionamiento no se hace referencia a un estado psicótico puro, sino solo parcial. El inconveniente que se encuentra con la medicación muchas veces sobre administrada, es que al ser la creatividad una energía capaz de transformar y construir a partir de las múltiples vivencias, experiencias, interpretaciones, sensaciones emociones, cogniciones, material consciente e inconsciente, etc. podría verse perjudicada al alterar directamente a estos procesos por los efectos de la medicación. Si el paciente se encuentra constantemente controlado farmacológicamente y en estado letárgico, es probable que estos procesos no tengan el mismo potencial para promover una expresión creativa y artística. Cómo un último planteamiento e interrogante relacionado al mismo tema, se sabe que la aplicación de arteterapia se debe realizar conjuntamente con la terapia farmacológica, lo que quiere decir que el arte terapia tiene buenos resultados sólo cuando el paciente se encuentra bajo los efectos de la medicación? o es que la posibilidad y el resultado de la intervención es independiente a la medicación y estado del paciente?

Los mencionados planteamientos e incógnitas, no pretenden desvalorizar ningún enfoque, teoría, modelo o acercamiento que busque explicar ciertas características de esta condición mental extremadamente compleja, sino que buscan más bien el replanteamiento de algunos aspectos que no son tomados en cuenta generalmente y que pueden influenciar, perjudicar o beneficiar el curso del tratamiento del paciente, por lo que es importante considerarlos; también pretende proponer una invitación a la exploración de rutas alternas de explicación que permitan un entendimiento más global de las distintas caras y afectaciones de la esquizofrenia; por estos motivos, ha sido importante otorgarles un lugar a estos aspectos en este trabajo de investigación.

## Capítulo 6. Casos en Nuestro Medio

Para este proyecto de investigación se han considerado a dos Instituciones psiquiátricas de gran renombre ubicadas en Quito-Ecuador con el fin de recolectar información (entrevistas y encuestas) y conocer la opinión y criterio por parte de los profesionales de la salud mental, de este modo se podría conocer la situación actual de la ciudad con relación al tema de la esquizofrenia y la apertura o práctica del arte terapia. Considerando que posteriormente se intentará efectuar la investigación, los datos recolectados serán de gran utilidad para tomar en cuenta aspectos, problemas y fortalezas para que la aplicación de arteterapia en dichas instituciones sea lo más práctica y adecuada posible. La primera entrevista que se expondrá y discutirá es la del primer establecimiento, el *Hospital Psiquiátrico Julio Endara* y la segunda será del *Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón*; ambas entrevistas fueron realizadas a un miembro del equipo clínico de las instituciones, el cargo y los nombres de ambos doctores/as se mantendrán anónimos. Con el fin de conocer de manera detallada y sistémica la percepción, opinión y posibles efectos del arteterapia, se realizarían tres entrevistas y tres encuestas<sup>4</sup> con preguntas generales y específicas, dirigidas específicamente a los pacientes, familiares (en caso de ser posible) y al equipo clínico responsable de cada caso. Sin embargo, dado que el proyecto de investigación no fue ejecutado, sólo fue posible la aplicación de una entrevista y una encuesta dirigida a un miembro del equipo clínico del área de esquizofrenia de ambas Instituciones. Adicionalmente, se comentará sobre la muestra artística titulada *Entretejidos*, que se realizó en la Universidad Católica del Ecuador, en Febrero del 2019, se expusieron los trabajos creativos de varios pacientes de la Institución Psiquiátrica Sagrado Corazón, la mayoría padecían esquizofrenia.

---

<sup>4</sup> Las tres encuestas y entrevistas podrán encontrarse en la sección de Anexos (D - Herramientas para levantamiento de información)

### **6.1 Hospital Psiquiátrico Julio Endara**

Las preguntas formuladas al doctor/a pertenecen al banco de preguntas de la Entrevista B: Dirigida para cuidadores (Anexo D), cumplen un rol enteramente informativo y abordaron los siguientes temas: arte, arteterapia, intervención de esquizofrenia y tipos de terapia aplicada en los pacientes de su institución.

Antes de formular la primera pregunta, el doctor se adelantó con las siguientes palabras: *“la esquizofrenia es una enfermedad compleja y es muy difícil recordar todo el tiempo que los pacientes son humanos antes que su propia enfermedad”*. La pregunta fundamental en esta entrevista y de la cual se desarrollaron las siguientes fue: *¿Le parece que el arte terapia podría ser aplicada en los pacientes con esquizofrenia de esta institución?. El doctor afirmó inmediatamente, y completó su respuesta diciendo que “no sólo en esta institución, sino en todas las de Ecuador y en el mundo, pero existen dos problemas, o limitantes muy grandes aquí en el Ecuador, el primero es el alto nivel de ignorancia y el segundo es el bajo nivel monetario dirigido a la salud mental pública”*. Menciona que los centros de salud mental aquí, no son lo que deberían ser. En lugar de ser la primera alternativa para una persona que padece una enfermedad mental, es la segunda alternativa o plan de emergencia, que sus familiares han tomado, al decidir no lidiar más con su condición, *por tanto vienen y en muchas ocasiones nos dejan al paciente como si fuera un encargo permanente, y de hecho la mayoría de esquizofrénicos comienzan una nueva vida aquí*. Afirma que en el Hospital se hace todo lo que se puede, siempre, sin embargo no siempre eso que se hace es lo más adecuado para el paciente. *“Se sabe que cada paciente tiene necesidades especiales, de todo tipo, pero cuando se tiene a un psiquiatra y a dos psicólogos por cada tres o cuatro pacientes, esas necesidades pasan a un segundo plano. Sin embargo, admitimos y estamos conscientes que al tomar estas medidas, la mejora global y profunda del paciente, también va a pasar a un segundo plano”*.

Por último, menciona que *generalmente no hay profesionales especializados en el campo del arteterapia, dirigida a pacientes esquizofrénicos que quieran venir a trabajar aquí*”, sino más bien psicólogos clínicos que tienen que aprender a realizar varias tareas, incluso a veces protocolos médicos que no necesariamente les corresponden. En un futuro cercano por lo menos, no ve una verdadera posibilidad de implementar el arteterapia como parte de la intervención de los pacientes esquizofrénicos, pues los recursos son limitados, *“no contamos con el personal suficiente y capacitado para realizar otros tipos de terapia psicológica, ni con el tiempo, y mucho menos con los recursos económicos”*.

## **6.2 Institución Psiquiátrica Sagrado Corazón**

Las preguntas formuladas al doctor/a pertenecen al banco de preguntas de la Entrevista B: Dirigida para cuidadores (Anexo D), cumplen un rol enteramente informativo y abordaron los siguientes temas: arte, arteterapia, intervención de esquizofrenia y tipos de terapia aplicada en los pacientes de su institución.

El encuestado/a afirma que se producen varios beneficios con la implementación de la práctica de arteterapia en pacientes psiquiátricos en general, no solo en esquizofrénicos, especialmente en cuanto a la respuesta afectiva y emocional de los pacientes. Sin embargo, recalca que no habría mayor efecto en pacientes esquizofrénicos residuales, tan sólo en etapas iniciales; él afirma que *“el curso de su enfermedad no les permitiría tener conciencia del trabajo que se está realizando, y no habrían avances significativos sin una mínima metacognición del paciente, y en esos casos lastimosamente no se da”*. Con respecto al tratamiento para los pacientes esquizofrénicos, menciona el uso de fármacos principalmente y como intervenciones secundarias se realiza terapia ocupacional, la cual incluye trabajos creativos. Sin embargo, en palabras del encuestado, *“no se podría considerar ese trabajo como arte terapia como tal, en la institución no tenemos arteterapeutas”*. Y por último, al igual que el encuestado del Hospital Psiquiátrico Julio Endara, menciona con gran preocupación y desesperanza en cierta medida, que cambiar o implementar terapias farmacológicas y psicológicas en la intervención de los pacientes, especialmente esquizofrénicos es un tema complejo debido a la falta de recursos y personal. *“Este ha sido un gran impedimento para poder dar el trato personalizado y la atención médica necesaria a cada paciente que todos los profesionales que trabajamos aquí, quisiéramos brindar”*.

### **6.3 Muestra Artística: Entrelazados**

Seis estudiantes de psicología clínica de la Universidad Católica del Ecuador realizaron una muestra artística en la que se expusieron cien obras creativas, divididas en dos series (paisajismo y arte abstracto), realizados por pacientes de seis unidades (psiquiatría varones, psiquiatría mujeres, unidad infanto- juvenil, Intervención en crisis, unidad de adicciones en varones y unidad de adicciones y trastornos de personalidad en mujeres) de la Institución Psiquiátrica Sagrado Corazón, la mayoría de ellos padecen esquizofrenia (Proaño, 2019 & Flores, 2019). Estas obras además de mostrar la perspectiva y expresión artística de los pacientes, refleja su potencial, capacidad creativa, y en cierta medida la complejidad de la percepción, experiencias y su existencia como tal. Una exposición artística con una temática como aquella, que esté dispuesta a proponer una visión distinta, sensible y profunda de una parte importante de la humanidad, no es usual en la ciudad de Quito-Ecuador; de hecho es una de las primeras, sino es la primera exposición con esta temática. Por tanto, esta exposición en particular además de haber generado mucha sorpresa y discusión por parte de los observadores, también promovió una apertura para que se sigan realizando exposiciones en las que los artistas sean personas con alguna enfermedad mental que, como se ha mencionado previamente, no han perdido la necesidad de comunicarse, ni la habilidad para sentir. De esta forma podría irse eliminando el estigma, estereotipo y concepción errónea, que desfavorece a este numeroso grupo de personas, que como todo el resto, busca pertenecer, compartir y amar. La figura 29. (A, B, C, D, E, F y G) muestra algunas de las obras de los pacientes y la interacción del público con ellas.



A. Agencia EFE en *Teleamazonas*, 19 de Febrero del 2019



B. Agencia EFE en *Redacción Médica*, 18 de Febrero del 2019



C. Foto I de Diego Pallero en EL COMERCIO



D. Foto II de Diego Pallero en EL COMERCIO, Febrero 2019



E. Agencia EFE en *El Comercio*, Febrero 2019.



F. Agencia EFE en *La Hora*, Febrero 2019



G. Agencia EFE en *La Hora*, Febrero 2019.

## DISEÑO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### Diseño

En la presente investigación se utilizará un diseño de tipo cualitativo (investigación interpretativa o fenomenológica) con un enfoque cuasi-experimental (de diseño pre-post) de caso. Es decir, que el enfoque primordial de la investigación recae en el entendimiento y análisis de los sentimientos, experiencias, sensaciones y vivencias de los participantes durante el curso del estudio, por tanto las herramientas principales que se utilizarán son las entrevistas, encuestas (tanto al paciente como a su círculo cercano incluyendo al equipo médico) y observaciones; otra característica del diseño es que los instrumentos necesarios para la recolección de datos, no son numéricos y por ende tampoco estandarizados. La idea fundamental de este diseño es poder observar, analizar y finalmente describir las conclusiones particulares, es decir de cada caso, para proponer o generar elementos de una teoría que englobe varias perspectivas relacionadas al fenómeno o interacción entre fenómenos estudiada (Sampieri, Fernández & Baptista, 2010, p. ; Wahyuni, 2012, p. 72). Las propuestas de este tipo de diseño son útiles y congruentes con la pregunta planteada en la presente investigación que es la siguiente: *¿Puede el arteterapia ofrecer elementos de apoyo para el tratamiento de la esquizofrenia en nuestro medio, en los Hospitales psiquiátricos Sagrado Corazón y Julio Endara?* debido a que, para lograr una respuesta es necesario comprobar que de hecho el arteterapia ha proporcionado, en los distintos casos, los elementos de apoyo necesarios para que el tratamiento individual de la esquizofrenia haya sido beneficiado de alguna manera; y es a través de las encuestas, observaciones y entrevistas que se logrará comprobar las posibles mejoras. Es importante mencionar que la intervención no incluirá terceros que puedan influenciar en el trabajo creativo de los pacientes, y que se realizará en el ambiente de las instituciones psiquiátricas.

Adicionalmente, esta investigación también responde a una metodología cuasi experimental, de diseño pre-post, que consiste en la observación, análisis y medición del comportamiento y reacción del mismo grupo, antes y después de la aplicación de una intervención o suceso por un determinado tiempo, es decir, que a diferencia de una experimento, no se dispone de un grupo control para realizar una comparación (Sampieri, Fernández & Baptista, 2010). Esta característica principalmente, es de gran beneficio para la investigación, debido a que permitirá encontrar los posibles efectos y beneficios de la aplicación de arteterapia a un mismo grupo de paciente, después del tiempo propuesto. Aunque esta metodología se centra particularmente en la diferencia que se daría entre el antes y el después, se ha considerado de gran relevancia también tomar en cuenta y realizar un registro del curso de la intervención terapéutica para cada paciente, ya que es justamente durante el proceso artístico en donde se puede apreciar la posible y esperada transformación y conexión interna de cada uno.

## **Población**

Para la presente investigación, se reclutarán diez pacientes diagnosticados con esquizofrenia (etapas iniciales de la enfermedad), entre los 25 y 45 años de edad, que residan en una institución psiquiátrica, (cinco de la Institución Psiquiátrica Sagrado Corazón y cinco del Hospital Psiquiátrico Julio Endara). Se han elegido esta cantidad de pacientes, dado que este es un estudio de caso, por lo que será fundamental realizar una evaluación detenida e individual del proceso y evolución de cada caso. Con el fin de que los resultados no se vean afectados por una variable de género, se solicitaría el mismo número de hombres y mujeres. En cuanto a las características demográficas, dada la gran mayoría, y común situación de los pacientes internados, los participantes del estudio pertenecerían a una clase socioeconómica

baja. Deberían ser de nacionalidad Ecuatoriana, no se tomará en cuenta la región o ciudad de proveniencia. Para que el paciente pueda participar en el estudio debería cumplir con todos los criterios de inclusión. Por otro lado, los criterios de exclusión serían aplicados si el paciente no cumple con el rango de edad dispuesto, la condición mental, si es de nacionalidad extranjera, si padece de esquizofrenia de tipo residual, si ha sido diagnosticado erróneamente o si padece de alguna otra enfermedad comórbida que explique los síntomas característicos de la esquizofrenia.

### **Instrumentos o Materiales**

La investigación contaría con dos tipos de herramientas y materiales, aquellas necesarias para la recolección de datos, evaluación del proceso y comparación entre el inicio y final del estudio, y las que permitirían y promoverían la aplicación del arteterapia. En las primeras constarían encuestas y entrevistas (para los profesionales del hospital y familiares del paciente), observaciones, estudios de caso y revisión de documentos y bibliografía. Los materiales para la aplicación de arte terapia serían los siguientes: pinturas acrílicas, brochas de tamaños varios, caballetes, lienzos y cartulinas, lápices de colores, cerámica, arcilla, marcadores y plastilina. Se consideró el uso de dichos materiales dado que el estudio se enfocaría principalmente en el arte pictórico y escultórico. Las herramientas de evaluación y registro serían útiles para medir y analizar el proceso individual de cada paciente.

El estudio sería observacional, se registrarían todas las sesiones terapéuticas con el fin de evaluar el proceso, evolución y variación de la creatividad, producción artística, de la expresión y de los síntomas positivos y negativos de los pacientes. Estos criterios específicos han sido seleccionados debido a que la investigación busca evaluar y reconocer el posible

efecto, vínculo, impacto y beneficios, que la práctica de arte terapia podría tener en la intervención y síntomas de la esquizofrenia.

### **Procedimiento de recolección de datos**

Para la investigación, se eligieron dos Instituciones Psiquiátricas de la ciudad de Quito-Ecuador, El Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón y el Hospital Julio Endara, los participantes pertenecerán a una de estas dos instituciones. La investigadora solicitará una entrevista con los directores de ambos hospitales para exponer la idea del proyecto. De ser aceptado, los doctores y encargados del cuidado de los pacientes decidirán cuáles de ellos cumplen con los criterios de inclusión para ser parte de la investigación. Cuando se hayan determinado los posibles pacientes que participarían, se les enviará una carta de invitación a ellos y a sus familias y/o cuidadores. Una vez aceptada la participación se realizaría una reunión con los pacientes (de ser posible), cuidadores, padres y equipo clínico para informar los objetivos del estudio y para entregarles la carta de aceptación del comité de bioética de la Universidad San Francisco de Quito y también el formulario de consentimiento informado. El último paso del protocolo, antes de aplicar la metodología, consistirá en realizar una entrevista de introducción y evaluación de la etapa inicial de cada paciente.

### **Análisis de Datos**

El análisis de datos más apropiado para cumplir los objetivos de esta investigación corresponde tanto al tipo cuantitativo y como también cualitativo. El análisis provendrá de las herramientas utilizadas, que son entrevistas, encuestas y observaciones. El análisis de tipo cuantitativo se aplicará para la encuestas ya que éstas responden a una evaluación numérica (0-5) por parte de los familiares, equipo clínico y del paciente mismo. Se analizaría el promedio

del puntaje por cada constructo, para poder determinar si existen avances, retrocesos o estancamiento en alguna de las áreas involucradas. Por otro lado, el análisis cualitativo será necesario para procesar la información recolectada por medio de las entrevistas, a través del diálogo se podrá concluir los posibles avances de la terapia. Este tipo de análisis también se requerirá para las observaciones individuales de cada paciente, tanto del proceso general de la intervención de arte terapia, como para la valoración de la producción artística. Se recalca este último punto debido a que dicha producción podrá ayudar al equipo clínico a analizar aspectos característicos de la enfermedad, pues mantiene una estrecha relación con una manifestación de la parte no afectada del paciente. La evaluación de una efectiva producción artística debería predecir en cierta medida, un avance o mejora en distintos ámbitos, que no sólo el equipo clínico podría percibir, sino que también la familia, en la relación interpersonal, y el mismo paciente.

### **Consideraciones Éticas**

Este proyecto de investigación busca en un futuro poner en práctica un estudio de arte terapia en pacientes con esquizofrenia, dicha investigación será enviada al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito para su aprobación y respetará todas las consideraciones éticas incluidas en la práctica de un estudio que involucra personas. Para que se pueda ejecutar la práctica, será necesario que el paciente (participante), su representante (de no ser posible para el paciente), y su cuidadora principal (miembro de la institución psiquiátrica) firmen un consentimiento informado como forma de acceder a la participación del individuo. El documento incluirá una explicación detallada que especificará los objetivos, duración y procedimientos del estudio. También incluirá una aclaración que afirma que la participación del sujeto es completamente voluntaria y por tanto, que exista la posibilidad de que el paciente decida no ser parte del estudio o que se arrepienta de su participación en cualquier momento,

sin que existan implicaciones laborales o personales negativas. Además las instituciones o cuidadores pueden contactarse con el investigador en cualquier momento para aclarar dudas sobre el estudio. Adicionalmente, se recalca que los participantes no corren el riesgo de verse perjudicados por la intervención del estudio, sino que al contrario, podría beneficiar su condición mental, emocional y física actual. Con el fin de asegurar el anonimato, se le asignará dos iniciales aleatorias a cada paciente para referirse a cada caso y evitar que se divulgue su nombre. Tampoco se utilizará la identidad (imágenes o nombres) de ningún participante, profesional de la salud o colaborador con el fin de mantener su seguridad. Y por último es importante mencionar que la información recolectada (datos, imágenes, videos, obras, entrevistas y encuestas) serán conservados únicamente durante el análisis de los mismos, al finalizar el estudio éstos serán destruidos.

## DISCUSIÓN

Considerando los aportes de la revisión de literatura de este proyecto, se podría responder a la pregunta de investigación, afirmando que el arte terapia sí puede ofrecer elementos de apoyo para el tratamiento de la esquizofrenia en los Hospitales psiquiátricos Sagrado Corazón y Julio Endara; sin dejar de lado que este tipo de intervención deberá aplicarse de manera complementaria al tratamiento farmacológico. Los siguientes argumentos fundamentales que respaldan esta afirmación han sido revisados y forman parte de la literatura de la presente investigación. A través del ejercicio creativo y artístico específicamente, el paciente tiene la oportunidad de establecer una reconexión y reencuentro con su *núcleo vital*, que no se ha fragmentado como si la persona, permitiéndole organizar su mente y plasmar ideas, sentimientos y emociones en la obra. Otro argumento es que el arte terapia permite una expresión no verbal, ideal para pacientes esquizofrénicos ya que en la mayoría de casos presentan discapacidad (en distintos niveles) de la expresión tanto verbal como escrita. Otra de las razones principales, se basa en la organización y reestructuración cognitiva que el paciente puede conseguir a través del ejercicio creativo, independientemente del medio utilizado. El arte terapia, también resulta beneficioso y brinda mejoras en el paciente debido a la relación que se establece entre el paciente y terapeuta, ya que es él quien permite la expresión, comodidad, experimentación y espacio del paciente, además que es la persona que en cierto modo entenderá en mayor medida las necesidades del paciente. Otra propiedad del arte terapia es que brinda la facilidad de ser trabajada en conjunto, por tanto se refuerza otro de los déficits de esta enfermedad, que se refiere al comportamiento colectivo y las actitudes y reglas sociales. Otro motivo relevante relacionado al ámbito cognitivo es que gracias a la neurológicamente demandante actividad que es la creación artística, se ha visto una disminución de los episodios y síntomas, tanto positivos como negativos, durante el proceso. Y por último, se debe mencionar que gracias a la intervención arte terapéutica, los niveles de ansiedad, reportados

por casi todos los pacientes, se han disminuido; lo que permite una mejor respuesta del paciente en el resto de sus actividades diarias y sesiones terapéuticas.

Considerando los posibles resultados del efecto de la práctica hipotética del arte terapia en pacientes diagnosticados con esquizofrenia si se realizara este estudio, las posibles implicaciones serían el conocimiento en mayor profundidad sobre el fenómeno de la práctica artística y su capacidad de impacto y efecto en los síntomas de la esquizofrenia, en lugar de considerarla únicamente como una actividad de gozo, sin utilidad y hasta extraña. También se daría la reconsideración de la aplicación y beneficios de la creatividad y práctica del arte; se eliminaría en cierta medida el estigma de la incapacidad del arte como uso terapéutico. Además se consideraría la enseñanza de la creatividad y de la producción artística tanto en colegios como universidades con el fin de seguir investigando sus beneficios y sus posibles aplicaciones a distintas áreas. Lo que promoviera la investigación relacionada al uso del arte terapia en el país, y de seguir encontrando resultados positivos, se lograría que las instituciones incluyan el arte terapia y otros tipos de psicoterapia dentro del plan de intervención para sus pacientes, de este modo habría una alternativa real y tangible para paciente esquizofrénicos.

### **Limitaciones de la investigación**

Este trabajo de investigación cuenta con tres limitaciones principales. La primera es que la revisión de bibliografía está basada mayormente en artículos y papers científicos estadounidenses, por tanto aunque se llegaron a conocer con profundidad algunas estadísticas, criterios clínicos, el uso de distintas terapias, la aplicación de arte terapia y las respuestas y resultados de la intervención, no es posible generalizar esta información al contexto latinoamericano, Ecuatoriano específicamente, debido a factores históricos socioculturales, contextuales en general. La segunda limitación es que sólo se consiguió acceso a cuatro

entrevistas, en dos hospitales psiquiátricos de la ciudad de Quito- Ecuador. La opinión respecto al conocimiento y aplicación del arte terapia como intervención clínica a pacientes con esquizofrenia fue limitada, por lo que no se puede generalizar la opinión de la comunidad médica y psicológica basada en dichas entrevistas. Y por último, se debe mencionar que la investigación realizada no puede determinar o concluir los efectos y respuesta que tendría el arte terapia en pacientes esquizofrénicos de Quito debido a que no se realizó el estudio de la aplicación de arte terapia en un psiquiátrico. Por tanto, sólo se pueden sugerir los posibles los efectos y respuestas ante el tratamiento.

### **Recomendaciones para Futuros Estudios**

A lo largo de la investigación, la información recolectada sobre la intervención del arte terapia, se basaría casi en su totalidad, en el efecto de la misma aplicada como una terapia complementaria al tratamiento principal, que es generalmente farmacológico. La repercusión del posicionamiento secundario que se le ha dado a esta intervención, ha impedido que se reconozca su valor, magnitud y utilidad, la han percibido erróneamente a juicio de la autora de la presente investigación- inocua y a la vez inútil, por lo que se piensa que es posible prescindir de ella. Dada esta realidad, podría ser interesante y valioso profundizar la investigación de la intervención arteterapéutica evaluada como la terapia principal, más no global, de un paciente que padece esquizofrenia durante la etapa inicial de la enfermedad. Los resultados podrían mostrar ciertos beneficios de la aplicación temprana del arte, incluso antes del uso de farmacología.

Otra recomendación para futuras investigaciones sería profundizar los efectos secundarios de la farmacología utilizada para pacientes esquizofrénicos en relación con el posible impacto en el potencial y proceso creativo del paciente, pues casi todas las

investigaciones se limitan a mencionar detalladamente los efectos orgánicos, fisiológicos y anatómicos de la medicación, y se excluye casi por completo el efecto vinculado a la capacidad de creación.

También se sugiere como recomendación, para conocer a fondo los beneficios esenciales de la producción artística y creativa, la exploración de la evolución del trabajo artístico y el proceso de las imágenes proyectadas por el paciente, junto a todas las características de dichas imágenes; ya que tanto el tiempo, la organización de las formas, uso del color, lenguaje corporal, etc. podrían proporcionar elementos que muestren claves para ir comprendiendo el estado, mejoras, o retrocesos de los pacientes.

Y por último, cabe recalcar la importancia e impacto que tendría la inclusión de materias relacionadas a la historia del arte, arte terapia, psicología de la creatividad, etc. en las instituciones universitarias, especialmente dentro de las facultades de psicología y medicina; ya que además de romper con estigmas que desvalorizan el proceso creativo humano, se informaría sobre los beneficios y efectos del arte, promoviendo así el interés por este tipo de intervención, lo que resultaría en más profesionales practicándola y a la vez más investigación sobre el tema, que conlleva a que se mantenga la exploración de dicho campo.

## REFERENCIAS

- Accominotti, F. (2009). Creativity from Interaction: Artistic Movements and the Creativity Careers of Modern Painters, *SSRN*, 1- 49. Recuperado el 31 de Enero de 2019 de <https://ssrn.com/abstract=1396415> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1396415>
- Adamson Collection Trust. (2015). Adamson and William Kurelek: Historia. Recuperado el 21 de Febrero del 2019 de <http://www.adamsoncollectiontrust.org/adamson-and-william-kurelek/>
- Alcaraz, V. y Gumá, E. (2001). *Texto de neurociencias cognitivas*. Editorial Manual Moderno. Bogotá.
- Albano, A. & Price, G. (2014). *Artes y emociones que potencian la creatividad: Artes Plásticas*. Fundación Botín.España.
- Albers, J. (1935). Art as Experience, *Progressive Education*, 12, 391–393.
- Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Amminger, G. P.... McGorry, P. D. (2011). Prediction of a single psychotic episode: A 7.5-year, prospective study in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 125(2–3), 236–246.
- Andreasen, N. C., Paradiso, S., & O’Leary, D. S. (1998). “Cognitive Dysmetria” as an integrative theory of schizophrenia: A dysfunction in cortical-subcortical- cerebellar circuitry? *Schizophrenia Bulletin*, 24, 203- 218.
- Andreoli, V. (1996). *Carlo a mad painter*, Venecia, Marsilio.
- Andrews-Hanna, J. R. (2012). The brain's default network and its adaptive role in internal

mentation. *Neuroscientist*, 18, 251–270.

Andrews-Hanna, J. R., Smallwood, J., & Spreng, R. N. (2014). The default network and self-generated thought: component processes, dynamic control, and clinical relevance.

*Annals of the New York Academy of Science*, 1316, 29–52. Doi [10.1111/nyas.12360](https://doi.org/10.1111/nyas.12360)

Ardila, A. y Rosselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica*. Editorial Manual moderno. México.

Arieti, S. (1976). *Creativity: the Magic Synthesis*. Basic: Nueva York.

Aróstegui, J. L. (2008). La formación del profesorado en Educación Musical ante la Convergencia Europea en Enseñanzas Universitarias. *Revista de Educación*, 341, 829-844.

Art. (2019). Oxford Dictionary: English Oxford living dictionaries. Recuperado el 30 de Enero del 2019 de <https://en.oxforddictionaries.com/definition/art>

Arte. (2005) Real Academia Española: Diccionario panhispánico de dudas. Recuperado el 30 de Enero del 2019 de <http://lema.rae.es/dpd/srv/search?key=arte>

Arte Universal. (2009). *Arte del Siglo XX*, capítulo IV Movimientos pictóricos antes de la primera guerra mundial: los Naif, Perú: Editorial Cantabria, p.181

Azadeño, G. (2004). Efectos adversos asociados al tratamiento con antipsicóticos atípicos. SESCAM.

Aznar, J. A., Balanza, P., Castillo, M. D., García, J. C., Martínez, I., Martínez-Artero, M. C.,... Viñas, R. (2009). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de la esquizofrenia en centros de salud mental*. Servicio Murciano de Salud, 7-66.

Recuperado el 2 de Abril de 2019 de

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_443\\_Esquizofrenia\\_Murcia.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf)

- Barber, V., & Campbell, J. (1999) 'Living Colour in Art Therapy', in Campbell, J., Liebmann, M.
- Baruk, H., Launay, J., Meyer, A., & Roland, J.(1952). Actions de la maladie mental sur la création et la desorganization artistique, *Annales médico-psychologiques*.
- Bateson, G. (1955). A Theory of Play and Fantasy, *Psychiatric Research Reports*, 2, 39–51.
- Baudrillard, J. (1983). The Ecstasy of Communication, in Foster, H. (ed.), *Postmodern Culture*, London and Sydney: Pluto Press.
- Beaty, R.E. et al. (2014). Creativity and the default network: a functional connectivity analysis of the creative brain at rest. *Neuropsychologia*, 64, 92–98.
- Beaty, R. E., Benedek, M., Silvia, M., & Schacter, D. L. (2016). Creative Cognition and Brain Network Dynamics. *Trends in Cognitive Sciences*, 20(2), 87-95.
- Bellack, A., & Mueser, K. (1993). Psychosocial treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317–336.
- Benedetti, G. (1992). La psicoterapia como reto existencial. Editorial. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht
- Birtchnell, J. (1984) 'Art Therapy as a Form of Psychotherapy', in Dalley, T. (ed.), *Art As Therapy*, London: Routledge.
- Blankenburg, W. (1991). Perspektivitat und Wahn". In: Blankenburg, W. (Hg.): *Wahn und Perspektivitat*. Stuttgart: Enkre, S. 4-28.

- Bleuler, E. (1911/1950). *Group of schizophrenias* (J. Zinkin, Trans.). New York, NY: International Universities Press.
- Bleuler, E., & Bleuler, M. (1972). *Lehrbuch der Psychiatric*. Berlin. Heidelberg: Springer.
- Bogousslavsky, J. (2002). Le rêve est-il une seconde vie? *Médecine et Hygiène*, 2390, 875-876.
- Bonnar, L., Gosselin, F., & Schyns, P. (2002). Understanding Dali's Slave Market with Disappearing Bust of Voltaire: A case study in the scale information driving perception. *Perception*, 31, 683-691. 10.1068/p3276.
- Bond, G. R., Drake, R. E., Mueser, K. T., & Becker, D. R. (1997). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 48, 335–346.
- Bowman, R. (1992), *Looking to the Outside*, en: VV.AA., *Parallel Visions*, Princeton, Princeton University. Press, 163.
- Breton, A. (1972) *Surrealism and Painting*, Trans. S.Watson Taylor, New York: Helm.
- Brooks, F., Jones, J. and Ward, C. (Eds), *Art Therapy, Race and Culture*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Buckner, R. L., Andrews-Hanna, J. R., & Schacter, D. L. (2008). The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease. *Annals of the New York Academy of Science*, 1124, 1–38.
- Bullot, N. J., & Reber, R. (2013). The Artful Mind Meets Art History: Toward a Psycho-Historical Framework for the Science of Appreciation, *Behavioral and Brain Sciences*, 36, 123–80.

- Bustillo, J. R., Lauriello, J., & Keith, S. J. (1999). Schizophrenia: improving outcome. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(5), 229–240.
- Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 163–175.
- Bunt, L. (1990). The Artist as Scientist: Is There a Synthesis? In Kersner, M. (ed.), *The Art of Research, Proceedings, Second Arts Therapies Research Conference*.
- Camino, J. (2013). Breve historia y aplicaciones del arteterapia. *AGORA: Revista de Humanidades* Recuperado de <http://agoragines.blogspot.com/2013/02/breve-historia-y-aplicaciones-del.html>
- Cardinal, R. (1972). *Outsider Art*. London: Studio Vista.
- Carroll *et al.*, (2012). Philosophy of Art and Aesthetics, Psychology, and Neuroscience'; and A. Shimamura, 'Towards a Science of Aesthetics: Issues and Ideas, in Shimamura and Palmer, *Aesthetic Science*, 3–28
- Carroll, N. (1999). *The Philosophy of Art*, 131–2. (London: Routledge)
- Carroll, N., Moore, M., & Seeley, W. P. (2012). 'The Philosophy of Art and Aesthetics, Psychology, and Neuroscience: Studies in Literature, Music, and Visual Arts', in A. P. Shimamura and S. E. Palmer (Eds), *Aesthetic Science: Connecting Minds, Brains, and Experience* (Oxford: OUP, 2012), 31–62.
- Carpenter, W. T., Hanlon, T. E., Heinrichs, D.W., Summerfelt, A. T., et al. (1990). Continuous vs. targeted medication in schizophrenic outpatients: outcome results. *American Journal of Psychiatry* 147, 1138–1163.

- Case, C. & Dalley, T. (1992). *The Handbook of Art Therapy*, London: Routledge.
- Castel, F. (s.f.). Las 60 mejores frases de George Bernard Shaw. *Psicología y Mente*.  
Recuperado de <https://psicologiaymente.com/reflexiones/frases-george-bernard-shaw>
- Cavanaugh, P. (2005). 'The Artist as Neuroscientist', *Nature Reviews Neuroscience* 434, 301–7.
- Cavieres, A., & Valdebenito, V. (2005). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43 (2), 97-108.
- Chacon, H, Ruzicka, M., Gonzalez, E., & Caurcel, M. (2016). Creative Competence, Artistic Expression and Art Therapy: New Psychoeducational Horizons. *ReiDoCrea*, 5, 69-77.
- Chávez, R. A., & Lara, M. C. (2000). La creatividad y la psicopatología, *Salud Mental*, 23(5), 1-9. Recuperado el 5 de Febrero de 2019 en <https://pdfs.semanticscholar.org/2e1a/1fb541a0ac42aa6fe24c366d7daa793b6945.pdf>
- Chávez, R. A. (2001). *Evaluación de la relación entre creatividad, personalidad y psicopatología*. México: UNAM.
- Chávez, R. A., Graff-Guerrero, A., García-Reyna, J. C., Vaugier, V., & Cruz-Fuentes, C. (2004). Neurobiología de la creatividad: resultados preliminares de un estudio de activación cerebral. *Salud Mental*, 27(3), 38-46.
- Chen, Q., Yang, W., Li, W., Wei, D., Li, H., Lei, Q., Zhang, Q., Qui, J. (2014) Association of creative achievement with cognitive flexibility by combined voxel-based morphometry and resting-state functional connectivity study. *Neuroimage* 102, 474–483.

- Clínica DAM. (2008). Clínica DAM: Especialidades médicas. TRYPTIZOL 25 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS. Recuperado el 19 de Febrero del 2019 de [https://www.clinicadam.com/medicamentos/tryptizol\\_25\\_mg\\_comprimidos\\_recubiertos.html#QUE\\_ES\\_TRYPTIZOL\\_Y\\_PARA\\_QUE\\_SE\\_UTILIZA](https://www.clinicadam.com/medicamentos/tryptizol_25_mg_comprimidos_recubiertos.html#QUE_ES_TRYPTIZOL_Y_PARA_QUE_SE_UTILIZA)
- Cocchi, L., Zalesky, A., Fornito, A., & Mattingley, J. B. (2013). Dynamic cooperation and competition between brain systems during cognitive control. *Trends in Cognitive Science, 17*, 494–501.
- Conway, B., R., & Livingstone, M. S. (2007). Perspectives on Science and Art, *Current Opinion in Neurobiology, 17*, 476–482
- Conseguieri A. (2008). La introducción de nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el Manicomio de Santa Isabel. *FRENIA, 8*(1), 131-60.
- Cook, A. (2009). Louis Wain: An artist in Napsbury, *Out of Sight out of Mind: Part of Hertfordshire's Community Archive Network*. Recuperado el 17 de Marzo del 2019 de <http://www.stalbansoutofsightoutofmind.org.uk/content/people/louis-wain>
- Corbalán-Berná, F. J. (2008). *¿De qué se habla cuando hablamos de creatividad?* Cuadernos FHyCS-UNJu, 35, 11-21.
- Coronel, R. F. (2010). *El arte Naif: Pintura de Tigua*. Universidad de Cuenca, Facultad de artes visuales. Recuperado el 21 de Febrero del 2019 de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3120/1/tav107.pdf>
- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., & Craighead, L. W. (2013). *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations*. John Wiley & Sons.
- Crossley, N. A., Constante, M., McGuire, P., & Power, P. (2010). Efficacy of atypical vs

typical antipsychotics in the treatment of early psychosis: meta-analysis. *PubMed*, 196(6), 434 - 439. Doi 10.1192/bjp.bp.109.066217.

Crowell, R., McCarthy, E., & O'neil, T. (1994). Searching for the phenotypes of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 34-39.

Czisentmihalyi, M. (2006). *Creatividad: El fluir y la psicología del descubrimiento y de la invención*. Madrid: Paidós Editorial.

Dalley, T. (1984) *Art as Therapy: An Introduction to the Use of Art as a Technique*, London: Tavistock.

Dalley, T., Rifkind, G., & Terry, K. (1993) *Three Voices of Art Therapy: Image, Client, Therapist*, and London: Routledge

De Botton, A., & Armstrong, J. (2014). *El Arte como terapia*. Londres: PHAIDON

Dietrich, B. (2002). The Illness of Vincent van Gogh, *American Journal of Psychiatry*, 159, 519 - 526. Recuperado el 8 de Marzo del 2019 de <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.159.4.519>

Dietrich, A. (2004). The cognitive neuroscience of creativity. *Psychonomic Bulletin and Review*, 11, 1011-1026.

Dissanayake, E. (1974). A hypothesis of the evolution of art from play. *Leonardo*, 7(3), 211-217.

Del Barrio, V. (2009). Raíces y Evolución del DSM. *Revista de Historia de la Psicología*. 30, 81-90.

Dörr, O. (2005). La fenomenología psiquiátrica como epistemología y sus consecuencias

terapéuticas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68 (1-2), 3-15.

Dowker, A., Hermelin, B., & Pring, L. (1996). A savant poet. *Psychological Medicine*, 26, 913-924.

Dubowski, J. (ed.) (1984) *Art Therapy as a Psychotherapy with the Mentally Handicapped*, Hertfordshire College of Art and Design Conference Proceedings.

El Cultural. (2018). Ciencia: El arte más antiguo del mundo en neandertal y está en España. Recuperado el 30 de Enero del 2019 de <https://m.elcultural.com/noticias/ciencia/El-arte-mas-antiguo-del-mundo-es-neandertal-y-esta-en-Espana/11810>

Elger, D. (2004). *Dadaism*, Londres: Taschen, 6-34.

Ellamil, M., Dobson, C., Berman, M., & Christoff, K. (2012). Evaluative and generative modes of thought during the creative process. *Neuroimage* 59(2), 1783–1794. doi 10.1016/j.neuroimage.2011.08.008.

Heidegger, M. (1927). *Ser y Tiempo*. pp. 37-41. Recuperado el 27 de Noviembre del 2018 de: <http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/Autores/Heidegger,%20Martin/Heidegger%20-%20Ser%20y%20tiempo.pdf>

Husserl, E. (1962). *Phänomenologische Psychologie*. Vorlesungen Sommersemester 1925 (Walter Biemel, Ed., Husserliana, 9). Haag: Martinus Nijhoff.

Husserl, E. (1982). *Investigaciones Lógicas I*. Alianza Editorial, S.A., Madrid.

Husserl, E. (1999). *Investigaciones Lógicas II*. Alianza Editorial, S.A., Madrid. ISBN: 84-206-8192-X

FDA. (2016). *Atypical Antipsychotic Drugs Information*. Recuperado el 3 de Enero del 2019

de <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm094303.htm>

- Feder, B., & Feder, E. (1998). *The Art and Science of Evaluation in the Arts Therapies: How Do You Know What's Working?* Springfield: Charles C. Thomas.
- Ferran, B. (1999) 'Arts Council of England Panel: "Nurturing Creativity"' in Candy, L. and Edmonds, E.A. (Eds), *Introducing Creativity to Cognition*, Conference proceedings, Loughborough University, Association for Computer Machinery Press.
- Figuroa, G. (Septiembre, 2008). La psicología fenomenológica de Husserl y la psicopatología. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 46(3) 224-237. Doi 10.4067/S0717-92272008000300008
- Forster, P. L., Buckley, R., & Phelps, M. A. (1999). Phenomenology and treatment of psychotic disorders in the psychiatric emergency service. *Psychiatric Clinics of North America*, 22(4), 735–754.
- Gombrich, E. H. (1960). *Art and Illusion*. Princeton, NJ: Princeton University Press. pp. 103-191.
- Gonen-Yaacovi, G., de Souza, L. C., Levy, R., Urbanski, M., Josse, G., & Volle, E. (2013). Rostral and caudal prefrontal contributions to creativity: a meta-analysis of functional imaging data. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(465), 1-22.
- Fernández, J. R. (2007). Un problema de la fenomenología: La controversia entre Husserl y Natorp. *Investigaciones fenomenológicas*, 5, 209-223.
- Flaherty, A. W. (2004). *The midnight disease: The drive to write, writer's block, and the creative brain*. Boston: Houghton Mifflin.
- Flaherty, A. W. (2005). Frontotemporal and dopaminergic control of idea generation and

creative drive. *The Journal of Comparative Neurology*, 493, 147-153.

Flores, G. (Febrero, 2019). Exposición en Quito reúne obras de pacientes de un hospital psiquiátrico, *El Comercio*. Recuperado el 29 de Marzo del 2019 de

[https://www.elcomercio.com/app\\_public.php/tendencias/exposicion-quito-obras-pacientes-psiquiatrico.html](https://www.elcomercio.com/app_public.php/tendencias/exposicion-quito-obras-pacientes-psiquiatrico.html)

Freedberg, D., & Gallese, V. (2007). Motion, emotion and empathy in esthetic experience.

*Trends in Cognitives Sciences*, 11(5), 197-203. Doi 10.1016/j.tics.2007.02.003

Fromm, E. (1941). Miedo a la libertad. Buenos Aires, Editorial: Paidós. Recuperado el 19 de

Marzo del 2019 de <http://ciudadanoaustral.org/biblioteca/04.-Erich-Fromm-El-miedo-a-la-libertad.pdf>

Fuchs, T. (2009). Schizophrenia and disembodiment. *World Psychiatry*, 8(1), 56–59.

Furtado, V., Srihari, V., & Kumar, A. (2012). Atypical antipsychotics for people with both schizophrenia and depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi

10.1002/14651858.CD005377. Recuperado el 3 de Enero del 2019 de

[https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005377.pub2/media/CDSR/CD005377/CD005377\\_abstract.pdf](https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005377.pub2/media/CDSR/CD005377/CD005377_abstract.pdf)

Gallagher S, Zahavi D. (2012). The phenomenological mind. 2nd ed., revised London:

Routledge.

García, M., Medina, E., Galan, J. L. Gonzalez, M. A., & Maurino, J. (2012). Treatment patterns in major depressive disorder after an inadequate response to first line

antidepressant treatment. *BMC Psychiatry* 12(1). doi 10.1186/1471-244X-12-143.

García, J. (Mayo, 2014). Josef Grebing: la locura convertida en arte, *Eco Social, Ojo Crítico*.

Recuperado el 22 de Marzo del 2019 de

<https://ecosocialojocritico.wordpress.com/2014/06/04/josef-grebing-la-locura-convertida-en-arte/>

Gonen-Yaacovi, G., de Souza, L. C., Levy, R., Urbanski, M., Josse, G., & Volle, E. (2013).

Rostral and caudal prefrontal contributions to creativity: a meta-analysis of functional imaging data. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 465.

Gregory, D., & Garner, R. (2000) 'Paradigms and Research: Examining the History and

Future of Art Therapy', *Artery International*, Recuperado el 11 de Abril del 2019 de <http://www.burleehost.com/artery/researchparadigm.htm>

Griffing, P. (1983). Encouraging Dramatic Play in Early Childhood, *Young Children*, 38(4), 13–22.

Grossberg, S. (1999). The Link between Brain Learning, Attention, and Consciousness, *Consciousness and Cognition*, 8, 1–44.

Gussak, D., E., & Rosal, M., L. (2015). The Wiley Handbook of Art Therapy. DOI: 10.1002/9781118306543

Hagood, M. M. (1992). Art Therapy Research in England: Impressions of an American Art Therapist, *Arts in Psychotherapy*, 17(1), 75–9.

Henriksen, M. G., & Nordgaard, J. (2014). Schizophrenia as a disorder of the self. *Journal of Psychology*, 20, 435-441.

Heerlein, A. (2010). *Creatividad, Genio y Psiquiatría*. Santiago de Chile: Mediterráneo.

Herlyn, S. (2016). *Antipsicóticos*. 1-22. Recuperado el 16 de Enero del 2018 de

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/)

616\_psicofarmacologia/material/antipsicoticos\_2016.pdf

- Hermes, E., Sernyak, M., & Rosenheck, R. (2013). Use of second generation antipsychotic agents for sleep and sedation: a provider survey. *Sleep*, 36(4), 597-600. Doi 10.5665/sleep.2554
- Hessling, G. (2001). Madness and art in the Prinzhorn collection, *THE LANCET*, 358 (9296), 1913. Doi 10.1016/S0140-6736(01)06868-4
- Hill, A. (1945). *Art versus Illness*, London: Allen and Unwin.
- Hill, A. (1951). *Painting out Illness*, London: Williams and Northgate.
- Howells, J. G. (1991). *The concept of schizophrenia: Historical perspectives*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hyman, S. E., & Frenton, W. S. (2003). Medicine. What are the right targets for psychopharmacology? *Science*, 299, 350-351.
- Jamison, K., Gerner, R., Hammen, C., & Padesky, C. (1980). Clouds and silver linings: positive experiences associated with primary affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 137, 198- 202.
- Jamison, K. (1993). *Touched with Fire: Manic-depressive Illness and the Artistic Temperament*. The Free Press, Nueva York. 60-78.
- Jung, C.G. (1997) *Jung on the Active Imagination*, London: Routledge.
- Jung, R. E., Segall, J. M., Bockholt, H. J., Flores, R. A., Smith, S. M., Chávez, R. S. y Haier, R. J. (2010). Neuroanatomy of creativity, *Human Brain Mapping*, 31,398-409.
- Jung, R. E., Mead, S. B., Carrasco, J., & Flores, R., A. (2013). The structure of creative

- cognition in human brain. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1-13. doi 10.3389/fnhum.2013.00330.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th Ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kaufman, J. C., Plucker, J. A., & Baer, J. (2008). *Essentials of Creativity Assessment*, Wiley.
- Killick, K. and Greenwood, H. (1995) 'Research into Art Therapy with People Who Have Psychotic Illnesses', in Gilroy, A. and Lee, C. (Eds), *Art and Music Therapy and Research*, London: Routledge.
- Kleiman, J. A. (1997). *Automatismo y Creatividad*. Ediciones Coyoacán, México. pp. 75-130  
ISBN-10: 8460566005.
- Klein, J. P. (2006). Arteterapia Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. *Creación como proceso de transformación* (1). 11-18.
- Kopacz, D., & Janicack, P. (1996). The relationship between bipolar disorder and personality, *Psychiatric Annals*, 26, 644-650.
- Kramer, E. J. (1968). Comment. *Bulletin of Art Therapy*, 7, 185-7.
- Kraepelin, E. (1913). *Psychiatrie* (R. M. Barclay, Trans. Vol. 3). Edinburgh, UK: Livingstone.
- Kubie, L. S. (1958). *Neurotic Distortion of the Creative Process*. University of Kansas Press.
- Lanham, R. (1989). Is it Art or Art Therapy? *Inscape*, 3, 18-22.
- Lang, H. (2005). Hermenéutica filosófica y psicoterapia (N. Bornhauser, Trans). *ENDOXA: Series Filosóficas*, 20, 539-550. UNED, Madrid.

- Lehman, A. (1995). Vocational rehabilitation in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 645–656.
- Leon, D. (2017). Martin Ramirez and the Incarcerated Mind, *Painted Brain*. Recuperado el 18 de Marzo del 2019 de <https://paintedbrain.org/editorial/martin-ramirez-and-the-incarcerated-mind/>
- Leonard, C. (2013). Antipsychotics and the risks of sudden cardiac death and all cause of death: Cohort Studies in Medicaid and Dually-Eligible. 10, 1-9.
- Leucht, S., Heres, S. Kissling, W., & Davis J. M. (2011). Evidence-based pharmacotherapy of schizophrenia, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(2), 269–284, <https://doi.org/10.1017/S1461145710001380>
- Livingstone, *Vision and Art*; T. J. Smith, D. Levin, and J. E. Cutting, ‘A Window on Reality: Perceiving Edited Moving Images’, *Current Directions in Psychological Science* 21 (2012), 107–13; or S. Zeki, *Inner Vision* (Oxford: OUP, 1999).
- Lizana, X. (2017). La intersección entre arte y neurociencia. *Acción Cultural Española*. 96-114. Recuperado de [http://interaccio.diba.cat/sites/interaccio.diba.cat/files/art\\_neurociencia.pdf](http://interaccio.diba.cat/sites/interaccio.diba.cat/files/art_neurociencia.pdf)
- Lobo, A., & De la Mata, J. (2010). Nuevos Antipsicóticos. *Salud Mental y Psiquiatría*.
- Lowenfeld, V. (1958). *El niño y su arte*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Lowenfeld, V. (1961). *Desarrollo de la capacidad creadora*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Ludwig A. M. (1989). Reflections on creativity and madness. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 4-14.

- Ludwig, A. M. (1995). *The price of greatness: Resolving the creativity and madness controversy*. New York: Guilford.
- Ludwig A. M. (1998). Method and madness in the arts and sciences. *Creativity Research Journal*, 11(2), 93-101. Doi [10.1207/s15326934crj1102\\_1](https://doi.org/10.1207/s15326934crj1102_1)
- Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 101–121.
- Luhrmann, T. M. (Junio, 2018). The Sound of Madness: Can we treat psychosis by listening to the voices in our heads? *Harper's Magazine*. Recuperado el 23 de Marzo del 2019 de <https://harpers.org/archive/2018/06/the-sound-of-madness/>
- Lutenberg, J. (2014). El vacío mental. Perú-Lima: Causec Editores SAC. pp. 2-16.
- Lynch, M. (2010). The Drawn World of Martín Ramírez, *MoMA, Inside Out: Artist, Collection & Exhibitions*. Recuperado el 19 de Marzo del 2019 de [https://www.moma.org/explore/inside\\_out/2010/08/05/the-drawn-world-of-martin-ramirez/](https://www.moma.org/explore/inside_out/2010/08/05/the-drawn-world-of-martin-ramirez/)
- MacGregor, J. (1989). *The Discovery of the Art of the Insane*. New Jersey Princeton: Princeton University Press.
- Malchiodi, C. A. (1993). Medical Art Therapy: Contributions to the Field of Arts Medicine, *International Journal of Arts Medicine*, 2(2), 28–31.
- Malchiodi, C. A. (1999) *Medical Art Therapy with Adults*, London: Jessica Kingsley Publishers.

Marina, J. A. (s.f.). Fenomenología Crítica y Teoría de la Evidencia en Husserl. 9 - 46.

Recuperado de

<https://revistas.ucm.es/index.php/ASEM/article/viewFile/ASEM6767110007A/18526>

McMillan, R. L. et al. (2013). Ode to positive constructive daydreaming, *Frontiers in Psychology*, 4, 626.

McNiff, S. (1992). *Art as Medicine: Creating a therapy of the imagination*, Boston: Shambhala.

McNiff, S. (1994). *Art as Medicine: Creating a Therapy of the Imagination*, London: Piatkus.

McNiff, S. (1998). *Art-Based Research*, London: Jessica Kingsley Press.

Mesa, M. (Mayo, 2016). Art Brut: Expresiones en el borderline, ARTE. Recuperado el 21 de Marzo del 2019 de <https://wsimag.com/es/arte/20312-art-brut>

Mertens, K. (2012). The subject and the self. In: Luft S, Overgaard S, editors. *The Routledge companion to phenomenology*. London: Routledge;. pp. 168 – 179.

Miyamoto, S., Duncan, G. E., Marx, C. E., & Lieberman, J.A. (2005). *Molecular Psychiatry*, 10, 79–104.

Moon, C. H. (2001). *Studio art therapy: Cultivating the artistic identity in the art therapist*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Mraz, W., & Runco, M. (1994). Suicide ideation and creative problem solving. *Suicide Life-Threat Behavior*, 24, 38-47.

Nadal, M., Munar, E., Capo, M. A., Rossello, J., & Cela-Conde, C. J. (2008). Towards a framework for the study of the neural correlates of aesthetic preference. *Spatial*

*Vision*, 21, 379–396.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management, *NICE*, 2-55. Recuperado el 2 de Abril de 2019 de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133>

Newcomer, J. W. (2005). Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: A comprehensive literature review. *CNS Drugs*, 19(1), 1–93.

NICE. (2010). Schizophrenia. The NICE Guideline on Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary care. British Library.

Nuechterlein, K. H., Barch, D.M., Gold, J.M., Goldberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72, 29-39.

Nykolak, J. (2018). National Gallery of Art: Séraphine Louis. Recuperado el 20 de Febrero del 2019 de <https://www.nga.gov/features/exhibitions/outliers-and-american-vanguard-artist-biographies/seraphine-louis.html>

Organización Mundial de la Salud. (2018, Abril 9). Esquizofrenia. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado Noviembre 21, 2018 de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Park, M. (2003). Early examples of art in Scottish hospitals, 2: Crichton Royal Hospital, Dumfries. *The Journal of Audiovisual Media in Medicine*, 26(4), 142- 146. Doi [10.1080/01405110310001636837](https://doi.org/10.1080/01405110310001636837)

- Pardo, V. (2005). Trastornos cognitivos en la esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 69 (1). 71-83.
- Peiry, L. (2001). *Art brut: The origins of outsider art*. Paris: Flammarion.
- Pickford, R., W. (2015). Dream-work, art-work, and sublimation in relation to the psychology of art.
- Polo, L. (2000). Tres aproximaciones al arte terapia. *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, 311-319. Recuperado el 13 de Febrero del 2019 de <http://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/viewFile/ARIS0000110311A/5934>
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la neuropsicología*. Editorial Mcgraw-hill / interamericana de España.
- Post, F. (1994). Creativity and psychopathology: A study of 291 world-famous men. *US National Library of Medicine. National Institutes of Health*, 165, 22-34.
- Prinzhorn, H. (1972). *Artistry of the mentally ill: a contribution to the psychology and psychopathology of configuration*. Trans. Eric von Brockdorff. New York, NY: Springer-Verlag. [ISBN 3-540-05508-8](https://www.isbn-international.org/number/3-540-05508-8).
- Proaño, K. (Febrero, 2019). Estudiantes de Psicología visibilizan a pacientes psiquiátricos con exposición 'Entretejidos', *Redacción Médica*. Recuperado el 29 de Marzo del 2019 de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/estudiantes-de-la-puce-visibilizan-a-los-pacientes-psiquiatricos-con-la-muestra--entretejidos---93687>
- Proverbias. (2017). Frases: Arte. *Proverbias*. Recuperado de: <https://www.proverbias.net/frases-de-arte/2>

- Pujó, M. (2013). Zeitgeist, el espíritu de la época, *Leitura Flutuante, Revista do Centro de Estudos em Semiótica e Psicanálise*, 5(1), 3-29. Recuperado el 17 de Marzo de 2019 de <https://revistas.pucsp.br/leituraflutuante/article/view/16106>
- Raichle, M.E., MacLeod, A. M., Snyder, A. Z., Powers, W. J., Gusnard, D. A., & Shulman, G. L. (2001). A default mode of brain function. *Proceedings of the National Academy of Science of the United States of America*, 98(2), 676–682. Doi [10.1073/pnas.98.2.676](https://doi.org/10.1073/pnas.98.2.676)
- Ramachandran V., S., & Hirstein, W. (1999). The Science of Art: A Neurological Theory of Aesthetic Experience, *Journal of Consciousness Studies* 6, 15–51.
- Ratcliffe, M. (2008). Feelings of being. *Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*. Oxford: Oxford University Press; pp. 345-377.
- Rector, N. A., & Beck, A. T. (2012). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 832–839.
- Rejón, K., Cruces, L., Cámara, J., Vázquez, Y., Hernández, E., Euan, J., Montalvo, G., & Coop, H. (Marzo, 2017). Nise y las imágenes del subconsciente. *Memorias de Nómada*. Extraído el 23-01-2019 de <https://www.memoriasdenomada.com/nise-y-las-imagenes-del-subconsciente/>
- Ríos, J. A., & Jiménez, P. Y. (2015). Activación de las redes neuronales del arte y la creatividad en la rehabilitación neuropsicológica. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 15(2), 47-60.
- Rivera, J. A. (2015). Antipsicóticos atípicos: Efectos adversos, supervivencia neuronal y neurogénesis. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(615), 339-342.

Recuperado el 3 de Enero del 2019 de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc152t.pdf>

Rodriguez, F. J. (2011). Contribuciones de la neurociencia al entendimiento de la creatividad humana. *Arte, Individuo y Sociedad*, 23 (2), 45-54.

doi:10.5209/rev\_ARIS.2011.v23.n2.36253

Rubin, J. A. (1984). *The art of art therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Rubin, J. A. (2001). *Approaches to art therapy: Theory and technique*. 2nd edition.

Philadelphia: Brunner-Routledge. 15- 188. ISBN 1-58391-070-0

Rustin, T. A. (2008). Using artwork to understand the experience of mental illness:

Mainstream artists and Outsider artists. *GMS Psychosocial-Medicine*, 5, 1-14. ISSN

1860-5214. Recuperado el 23-01-2019 de [http://www.egms.de/en/journals/psm/2008-](http://www.egms.de/en/journals/psm/2008-5/psm000052.shtml)

[5/psm000052.shtml](http://www.egms.de/en/journals/psm/2008-5/psm000052.shtml)

Salman, S. (1999). La psique creativa: principales aportaciones de Jung. En Young-

Eisendrath, P. (Ed.). & Dawson, T. (Ed.). *Introducción a Jung*, pp. 103 - 125.

Cambridge University Press, ISBN 848323.

Saks, E. (2012). *Elyn Saks: Una historia de trastorno psiquiátrico, desde adentro* [video

file]. Recuperado de [https://www.ted.com/talks/elyn\\_saks\\_seeing\\_mental\\_illness/up-](https://www.ted.com/talks/elyn_saks_seeing_mental_illness/up-next?language=es)

[next?language=es](https://www.ted.com/talks/elyn_saks_seeing_mental_illness/up-next?language=es)

Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ta.

ed.). D.F., México: McGraw Hill.

Sandblom, P. (1989). *Creativity and Disease*. GB Lippincott, 183, Filadelfia.

Sanguinetti, J. O. (2003). Culturas y estéticas contemporáneas: Las vanguardias del siglo XX, 2-11. Recuperado el 28 de Febrero del 2019 de

<http://www.mediarteestudios.com.ar/ediciones/vanguardias.pdf>

Sass, L., J. Parnas, and D. Zahavi. (2011). Phenomenological psychopathology and schizophrenia: Contemporary approaches and misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 18(1).

Schacter, D.L. & Addis, D. R. (2007). Remembering the past to imagine the future: the prospective brain. *Nature Reviews: Neuroscience*, 8, 657–661. doi 10.1080/08995600802554748

Schiller de Kohn, V. (2006). Terapia Iniciática: Hacia el núcleo sagrado. Capítulo 2: Esquizofrenia y Trascendencia. Editorial: Centro de Desarrollo Integral CDI

Skaife, S. (1995). The Dialectics of Art Therapy, *Inscape*, 1, 2–7.

Schildkraut, J. J., Hirshfeld, A. J., & Murphy, J. M. (1995). Creativity and mental illness in letters to the editor. *American Journal of Psychiatry*, 152, 816-817.

Schmeid, W. (2010). A look into the invisible. In *De Chirico, Max Ernst, Magritte, Balthus. A look into the invisible*, ed. P. Baldacci. Firenze: Mandragora.

Seeley, W., P. (2014). Art, Meaning, and Perception: A Question of Methods for a Cognitive Neuroscience of Art. *British Journal of Aesthetics*, 53(4), 443–460.

DOI:10.1093/aesthj/ayt022

Seeley, W.W., Menon, V., Schatzberg, A. F., Keller, J., Glover, G. H., Kenna, H., Reiss, A. L., & Greicius, M. D. (2007). Dissociable intrinsic connectivity networks for salience processing and executive control. *Journal of Neuroscience*, 27(9), 2349–2356.

- Selvini- Palazzolli, M. (1982). *Paradoja y contraparadoja*. Buenos Aires: Editorial A.C.E.
- Serrano, J. L., & Zendoia, J. M. (Noviembre, 2007). El arte de los locos 3. Adolf Wölfli: el hombre que se convirtió en San Adolfo II, *La Taberna del Mar*. Recuperado el 25 de Febrero del 2019 de <https://latabernadelmar.blogspot.com/2007/11/el-arte-de-los-locos-3-adolf-wlfli-el.html>
- Seth- Smith, F. (1997). Four views of the image. En K. Killick & J. Schaverien (Eds.), *Art, Psychotherapy and Psychosis*, pp. 84- 105. London: Routledge.
- Smallwood, J. (2014). Distinguishes how from why the mind wanders: a process-occurrence framework for self-generated mental activity. *Psychological Bulletin*, 139, 519–535. Doi [10.1037/a0030010](https://doi.org/10.1037/a0030010)
- Smyth, B. (2009, Mayo). *Generating Sense: Schizophrenia and phenomenological praxis*.
- Spoerri, E., Baumann, D., & Gómez, E. M. (2003). *The Art of Adolf Wolfli*, 8-53. ISBN 0-691-11498-6
- Spoerri, E., Baumann, D., & Gómez, E. M. (2004). *The Art of Adolf Wolfli*, American Folk Art Museum and Princeton University Press, *Southeastern Arizona Behavioral Health Services, Inc*. Recuperado el 25 de Febrero de 2019 de [https://www.seabhs.org/poc/view\\_doc.php?type=book&id=2178&cn=7](https://www.seabhs.org/poc/view_doc.php?type=book&id=2178&cn=7)
- Stanghellini, G. (2007). The grammar of the psychiatric interview (editorial). *Psychopathology*, 40, 69–74.
- Stanghellini, G., & Rosfort, R. (Mayo, 2015). Schizophrenia and related disorders: Disordered selves or persons with schizophrenia? *Current Opinion Psychiatry*, 28, 256-263. Doi [10.1097/YCO.0000000000000155](https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000155)

- Steinberg, R., Kimming, U., Raith, L. Gunter, W., Bogner, J., et al. (1991). Music psychopathology. The course of musical expression during music therapy with psychiatric inpatients. *Psychopathology*, 24, 121-129.
- Stickgold, R. y Walker, M. (2004). To sleep, perchance to gain creative insight? *Trends in Cognitive Sciences*, 8, 191-192.
- Stierlin, H. (1981). *El esquizofrénico del terapeuta como interlocutor y facilitador del diálogo*. En: Battegay R. (ed.), *Desafío y encuentro en psiquiatría*. Berna - Stuttgart - Viena: Huber (1981).
- Stoll, A., Locke, C., Vuckovic, A., & Mayer, P. (1996). Lithium- associated cognitive and functional deficits reduced by a switch to divalproex sodium: a case series, *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 356-359.
- Swartz, M. S., Perkins, D. O., Stroup, T. S., Davis, S. M., Capuano, G., Rosenheck, R. A., ... Lieberman, J. A. (2007). Effects of antipsychotic medications on psychosocial functioning in patients with chronic schizophrenia: Findings from the NIMH CATIE study. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 428–436.
- Tàpies, A. (1971). *La práctica del arte*. Editorial: ARIEL, 46-114.
- Tribe, M., & Jana, R. (1995). *New Media Art: Art in the Age of Digital Distribution*. Londres: Taschen.
- Trotman, H. D., Mittal, V. A., Tessner, K. D., & Walker, E. F. (2013). Chapter 11: Schizophrenia and the psychosis spectrum.
- Trujillo, A. (9 de Febrero, 2016). *Cultura Colectiva: La cuenta regresiva del arte esquizofrénico de Bryan Charnley*. Recuperado el 19 de Febrero del 2019 de

<https://culturacolectiva.com/adulto/la-cuenta-regresiva-del-arte-esquizofrenico-bryan-charnley>

- Vartanian, O., & Goel, V. (2004) Neuroanatomical correlates of aesthetic preference for paintings. *NeuroReport*, *15*, 893–897. Doi 10.1111/j.1469-7580.2009.01099.x
- Vassiliadou, M. (2001). La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. ISBN: 84-669-1887-6.
- Wahyuni, D. (2012). The research design maze: understanding paradigms, cases, methods and methodologies, *Journal of Applied Management Accounting Research*, *10*(1), 69-80.
- Werman, D. S. (1979). Silvano Arieti: Creativity: The Magic Synthesis. *Art Journal*, *38*(3), 224–224. doi 10.1080/00043249.1979.10793508
- Wulf, E. (1995). La lógica insana. Sobre la comprensibilidad de la experiencia esquizofrénica. Editorial de psiquiatría.
- Wu, X., Yang, W., Tong, D., Sung, J., Chen, Q., Wei, D., Zhang, Q., Zhang, M., & Qui, J. (2015) A meta-analysis of neuroimaging studies on divergent thinking using activation likelihood estimation. *Human Brain Mapping*, *36*, 2703–2718.
- Yasuyuki Kowatari, Seung Hee Lee, Hiromi Yamamura, Yusuke Nagamori, Pierre Levy, Shigeru Yamane, Miyuki Yamamoto. (2009). Neural networks involved in artistic creativity. *Human Brain Mapping*, *30* (5) 1678-1690. Doi [10.1002/hbm.20633](https://doi.org/10.1002/hbm.20633)
- Zaidel, D.W. (2010). Art and brain: insights from neuropsychology, biology and evolution. *Journal of Anatomy*, *216*, 177-183. Doi: 10.1111/j.1469-7580.2009.01099.x

Zaidel, D. W. (2015). *Neuropsychology of Art*. London: Psychology Press. ISBN:  
9781317517450

Zahavi D. *Self-awareness and alterity: a phenomenological investigation*. Evanston:  
Northwestern University Press; 1999.

Zahavi D. (2005). *Subjectivity and selfhood: investigating the first-person perspective*.  
Cambridge: The MIT Press

Zhornitsky, S., & Stip, E. (2012). Oral versus Long-Acting Injectable Antipsychotics in the  
Treatment of Schizophrenia and Special Populations at Risk for Treatment  
Nonadherence: A Systematic Review. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2012,  
1–12. doi [10.1155/2012/407171](https://doi.org/10.1155/2012/407171)

**ANEXO A: CARTA PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES**

Estimada Institución Psiquiátrica Sagrado corazón / Hospital Psiquiátrico Julio Endara:

El paciente (Nombres y Apellidos), sus padres y el equipo clínico a su cargo han sido invitados para ser parte de una investigación acerca de la práctica del arteterapia como herramienta terapéutica en la intervención de la esquizofrenia.

El estudio incluirá varias entrevistas y encuestas para el paciente, equipo clínico y parientes (cuidador/es), al comenzar el tratamiento, aproximadamente a la mitad y al final. Además se realizarán observaciones durante todas las intervenciones psicológicas del paciente. El estudio protege el anonimato de todos los participantes, por lo que no se incluirán sus nombres o datos en la información obtenida Su participación es totalmente voluntaria, por lo tanto, si decide no participar no existirán sanciones ni represalias. Sin embargo, si desea ser parte del estudio contáctese con la investigadora, cuyos datos se encuentran posteriormente.

Atentamente,

La investigadora.

**ANEXO B: SOLICITUD DE APROBACIÓN DE UN ESTUDIO DE  
INVESTIGACIÓN**



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos  
Universidad San Francisco de Quito  
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
The Institutional Review Board of the USFQ**

**INSTRUCCIONES:**

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

<b>DATOS DE IDENTIFICACIÓN</b>
<b>Título de la Investigación</b>
Efecto del arte terapia como elemento complementario en la intervención clínica para pacientes diagnosticados con esquizofrenia.
<b>Investigador Principal</b> <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>
Andrea Espinosa, USFQ, aespinosag@estud.usfq.edu.ec
<b>Co-investigadores</b>
No hay co investigadores
<b>Persona de contacto</b> <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>
Andrea Carolina Espinosa González, 2415-837, 0992660399, aespinosag@estud.usfq.edu.ec

<b>Nombre de director de tesis y correo electrónico</b> <i>Sólo si es que aplica</i>
Jaime Costales Peñaherrera, jcostales@usfq.edu.ec
<b>Fecha de inicio de la investigación:</b> Agosto 2018
<b>Fecha de término de la investigación:</b> Mayo 2019
<b>Financiamiento</b> Personal

## DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

**Objetivo General** *Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?*

Determinar cómo y hasta qué punto el efecto del arte terapia puede ser beneficioso como elemento complementario en la intervención clínica para pacientes diagnosticados con esquizofrenia, de la Institución Psiquiátrica Sagrado Corazón y el Hospital Psiquiátrico Julio Endara

**Objetivos Específicos**

Determinar las posibles funciones del arte terapia en intervenciones psicológicas para esquizofrenia.

Determinar los beneficios a nivel cognitivo, conductual, social y emocional del arteterapia.

Evaluar la posible disminución de los síntomas positivos y negativos durante y después de la aplicación de arteterapia

**Diseño y Metodología del estudio** *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

En la presente investigación se utilizará un diseño de tipo cualitativo (investigación interpretativa o fenomenológica) con un enfoque cuasi-experimental (de diseño pre-post) de caso. Es decir, que el enfoque primordial de la investigación recae en el entendimiento y análisis de los sentimientos, experiencias, sensaciones y vivencias de los participantes durante el curso del estudio, por tanto las herramientas principales que se utilizarán son las entrevistas, encuestas (tanto al paciente como a su círculo cercano incluyendo al equipo médico) y observaciones; otra característica del diseño es que los instrumentos necesarios para la recolección de datos, no son numéricos y por ende tampoco estandarizados. La idea fundamental de este diseño es poder observar, analizar y finalmente describir las conclusiones particulares, es decir de cada caso, para proponer o generar elementos de una teoría que englobe varias perspectivas relacionadas al fenómeno o interacción entre fenómenos estudiada (Sampieri, Fernández & Baptista, 2010, p. ; Wahyuni, 2012, p. 72). Es importante mencionar que la intervención no incluirá terceros que puedan influenciar en el trabajo creativo de los pacientes, y que se realizará en el ambiente de las instituciones psiquiátricas.

Adicionalmente, esta investigación también responde a una metodología cuasi experimental, de diseño pre-post, que consiste en la observación, análisis y medición del comportamiento y reacción del mismo grupo, antes y después de la aplicación de una intervención o suceso por un determinado tiempo, es decir, que a diferencia de una experimento, no se dispone de un grupo control para realizar una comparación (Sampieri, Fernández & Baptista, 2010). Esta característica principalmente, es de gran beneficio para la investigación, debido a que permitirá encontrar los posibles efectos y beneficios de la aplicación de arteterapia a un mismo grupo de paciente, después del tiempo propuesto.

El análisis de datos para cumplir los objetivos de esta investigación corresponde al tipo cuantitativo y cualitativo. El análisis provendrá de las herramientas utilizadas, que son entrevistas, encuestas y observaciones. El análisis de tipo cuantitativo se aplicará para la encuestas ya que éstas responden a una evaluación numérica (0-5) por parte de los familiares, equipo clínico y del paciente mismo. Se analizaría el promedio del puntaje por cada constructo, para poder determinar si existen avances, retrocesos o estancamiento en alguna de las áreas involucradas. Por otro lado, el análisis cualitativo será necesario para procesar la información recolectada por medio de las entrevistas, a través del diálogo se podrá concluir los posibles avances de la terapia. Este tipo de análisis también se requerirá para las observaciones individuales de cada paciente, tanto del proceso general de la intervención de arte terapia, como para la valoración de la producción artística.

**Procedimientos** *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

1. Para la investigación, se eligieron dos Instituciones Psiquiátricas de la ciudad de Quito- Ecuador, El Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón y el Hospital Julio Endara, los participantes pertenecerán a una de estas dos instituciones.
2. La investigadora solicitará una entrevista con los directores de ambos hospitales para exponer la idea del proyecto.
3. Los profesionales y encargados del cuidado de los pacientes decidirán cuáles de ellos cumplen con los criterios de inclusión para ser parte de la investigación.
4. Cuando se hayan determinado los posibles pacientes que participarían se les enviará una carta de invitación a ellos y a sus familias y/o cuidadores.
5. Una vez aceptada la participación se realizaría una reunión con los pacientes (de ser posible), cuidadores, padres y el equipo clínico para informar los objetivos del estudio.
6. Posteriormente, se les entregará el documento aprobado por el comité de bioética de la Universidad San Francisco de Quito y el consentimiento informado.
7. El último paso del protocolo, antes de aplicar la metodología, consistirá en realizar una entrevista de introducción y evaluación de la etapa inicial de cada paciente.

**Recolección y almacenamiento de los datos** *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

A cada participante se le asignará dos iniciales aleatorias para evitar incluir su nombre en la investigación, sin embargo se incluirá género y edad. La información obtenida con las herramientas de recolección de datos, será transcrito por la investigadora a un documento escrito por él investigadora, cada paciente tendrá un documento aislado y confidencial. Toda la información será guardada en la computadora de la investigadora con una clave de acceso, con el fin de no exponer la información obtenida durante el proceso. Finalmente, cuando la intervención haya concluido, los datos hayan sido documentados y revisados, los archivos con la información de cada paciente serán eliminados.

**Herramientas y equipos** *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

La investigación contaría con dos tipos de herramientas y materiales, aquellas necesarias para la recolección de datos, evaluación del proceso y comparación entre el inicio y final del estudio, y las que permitirían y promoverían la aplicación del arteterapia. En las primeras constarían encuestas, entrevistas (para el equipo clínico y familiares del paciente), y fichas de observación. Los materiales para la aplicación de arte terapia serían los siguientes: pinturas acrílicas, brochas de tamaños varios, caballetes, lienzos y cartulinas, lápices de colores, cerámica, arcilla, marcadores y plastilina. Las herramientas de evaluación y registro serán elaboradas por la investigadora y se basarán en la revisión de literatura relacionada a la aplicación y medición del arteterapia, con especificador de esquizofrenia.

## JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

*Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.*

La importancia del estudio recae en una propuesta innovadora de un elemento de apoyo para la intervención de esquizofrenia en Ecuador: el arteterapia. La utilidad del estudio está dirigida mayormente a los hospitales psiquiátricos dentro del país, con dos fines en específico: eliminar diversos prejuicios, tanto sobre el arte como sobre los pacientes con esquizofrenia, que no sólo evitan la evolución de la psicología y psiquiatría, sino que también ralentizan el progreso y mejora del paciente y promover una reevaluación y reconsideración de la implementación del arteterapia como herramienta válida y productiva en la intervención clínica de sus pacientes. En Ecuador, la prevalencia de estudios de éste ámbito,- arteterapia y esquizofrenia-, es baja. No se han realizado muchas investigaciones de esta dimensión en el ámbito mencionado, por lo que se puede considerar que será una de las primeras.

*Referencias bibliográficas completas en formato APA*

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beaty, R.E. et al. (2014) Creativity and the default network: a functional connectivity analysis of the creative brain at rest. *Neuropsychologia* 64, 92–98.
- Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 163–175.
- Chávez, R. A., & Lara, M. C. (2000). La creatividad y la psicopatología, *Salud Mental*, 23 (5), 1-9.
- Dietrich, A. (2004). The cognitive neuroscience of creativity. *Psychonomic Bulletin and Review*, 11, 1011-1026.
- Fuchs, T. (2009). Schizophrenia and disembodiment. *World Psychiatry* 8(1), 56–59.
- Henriksen, M. G., & Nordgaard, J. (2014). Schizophrenia as a disorder of the self. *Journal of Psychology*, 20, 435-441.
- Jung, R. E., Mead, S. B., Carrasco, J., & Flores, R., A. (2013). The structure of creative cognition in human brain. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1-13. doi10.3389/fnhum.2013.00330.
- Ludwig A. M. (1989). Reflections on creativity and madness. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 4-14.
- Ludwig A. M. (1998). Method and madness in the arts and sciences. *Creativity Research Journal*, 11(2), 93-101. doi 10.1207/s15326934crj1102\_1
- Newcomer, J. W. (2005). Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: A comprehensive literature review. *CNS Drugs*, 19(1), 1–93.
- Park, M. (2003). Early examples of art in Scottish hospitals, 2: Crichton Royal Hospital, Dumfries. *The Journal of Audiovisual Media in Medicine*, 26(4), 142- 146. doi 10.1080/01405110310001636837
- Polo, L. (2000). Tres aproximaciones al arte terapia. *Arte, Individuo y Sociedad*, 12, 311-319.
- Rivera, J. A. (2015). Antipsicóticos atípicos: Efectos adversos, supervivencia neuronal y neurogénesis. *Revista Medica de Costa Rica y Centroamérica*, 72(615), 339-342.

- Rustin, T. A. (2008). Using artwork to understand the experience of mental illness: Mainstream artists and Outsider artists. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 5, 1-14. ISSN 1860-5214.
- Sass, L., J. Parnas, & D. Zahavi. (2011). Phenomenological psychopathology and schizophrenia: Contemporary approaches and misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 18, no. 1: XX–XX.
- Seeley, W. P. (2014). Art, Meaning, and Perception: A Question of Methods for a Cognitive Neuroscience of Art. *British Journal of Aesthetics*, 53 (4), 443–460.  
DOI:10.1093/aesthj/ayt022
- Vassiliadou, M. (2001). La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.  
ISBN: 84-669-1887-6.
- Werman, D. S. (1979). Silvano Arieti: Creativity: The Magic Synthesis. *Art Journal*, 38(3), and 224–224. doi 10.1080/00043249.1979.10793508
- Zaidel, D.W. (2010). Art and brain: insights from neuropsychology, biology and evolution. *Journal of Anatomy*. 216, 177-183. doi: 10.1111/j.1469-7580.2009.01099.x

## DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

**Criterios para la selección de los participantes** *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

**Riesgos** *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

Los riesgos de esta investigación incluyen un retroceso en el avance, especialmente conductual, en el resto de terapias psicológicas que se realizaban simultáneamente con la aplicación de arteterapia. También un ligero empeoramiento del estado conductual del paciente y un rechazo o resistencia a la ingesta de la medicación establecida. Lo que resultaría perjudicial por la complejidad de lograr la colaboración del paciente a tomar constantemente su medicación. Gracias a la constante supervisión del proceso y estado de cada participante, la investigadora podrá detectar estos posibles riesgos, y de ser el caso, se deberán comunicar inmediatamente al resto del equipo clínico para neutralizarlos con ayuda de psicoterapia y un ajuste de medicación.

**Beneficios para los participantes** *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

Los beneficios de este estudio para los participantes, en el caso de los pacientes, es la posibilidad de un mejoramiento en los síntomas y en el estado psicológico como tal; en el caso del equipo clínico es la aplicación de una nueva herramienta terapéutica que genera resultados distintos a los previos, y para la familia, una mayor seguridad en cuanto al bienestar y mejoras psicológicas de sus familiares.

**Ventajas potenciales a la sociedad** *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

A nivel social, el estudio brindará a la comunidad psicológica y educativa el conocimiento de la utilidad del arteterapia aplicada en la esquizofrenia, que es reconocida como una enfermedad extremadamente compleja con una alta incidencia a nivel mundial. Además, aportará con una nueva visión de abordaje en cuanto al tratamiento para la esquizofrenia, a partir de esto, los investigadores, médicos y psicólogos podrán ampliar el horizonte de entendimiento sobre esta enfermedad. Habrá una mayor apertura con el arteterapia, por tanto podrá ser enseñada en las universidades y la práctica de la misma junto a las

investigaciones aumentará.

**Derechos y opciones de los participantes del estudio** *Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.*

La participación del sujeto es completamente voluntaria y por tanto, que exista la posibilidad de que el paciente decida no ser parte del estudio o que se arrepienta de su participación en cualquier momento, sin que existan implicaciones laborales o personales negativas. Además las instituciones o cuidadores pueden contactarse con el investigador en cualquier momento para aclarar dudas sobre el estudio. Adicionalmente, se recalca que los participantes no corren el riesgo de verse perjudicados por la intervención del estudio, sino que al contrario, podría beneficiar su condición mental, emocional y física actual.

**Seguridad y Confidencialidad de los datos** *Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes*

Con el fin de asegurar el anonimato, se le asignará dos iniciales aleatorias a cada paciente para referirse a cada caso y evitar que se divulgue su nombre. Tampoco se utilizará la identidad (imágenes o nombres) de ningún participante, profesional de la salud o colaborador con el fin de mantener su seguridad. Y por último es importante mencionar que la información recolectada (datos, imágenes, videos, obras, entrevistas y encuestas) serán conservados únicamente durante el análisis de los mismos, al finalizar el estudio éstos serán destruidos.

**Consentimiento informado** *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Adjuntar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario*

Una vez aceptada la participación, la investigadora citará a los pacientes (de ser posible), cuidadores, padres y profesionales de la institución a una reunión informativa en las instalaciones de la Universidad San Francisco de Quito para explicar los objetivos del estudio, entregar el formulario de consentimiento informado y leer en voz alta cada una de las secciones, concluyendo con la aclaración de cualquier duda.

**Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.**

La investigadora del presente estudio tiene la obligación y responsabilidad de efectuar el respeto de los derechos de cada uno de los participantes de ambas instituciones psiquiátricas; entre esos, el derecho a no participar, retirarse de la investigación el momento deseado, a solicitar tratamiento psicológico de ser necesario. También tiene la responsabilidad de velar por la confidencialidad de los pacientes, equipo clínico y de los datos obtenidos durante el estudio. Por último, es responsable del diseño y elaboración de todos los instrumentos de recolección de información, es decir, los formularios de las entrevistas, encuestas y fichas de observación. Y junto a esto, cerciorarse de que los procedimientos en la aplicación de dichas herramientas son adecuados y pertinentes.

<b>Documentos que se adjuntan a esta solicitud</b> (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)			
Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
<b>PARA TODO ESTUDIO</b>			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *			
2. Formulario de Asentimiento (FAI) (si aplica y se va a incluir menores de 17 años)			
3. Herramientas a utilizar (Título de: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)			
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			
<b>SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO</b>			
5. Manual del investigador			
6. Brochures			
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador			
9. Acuerdos de confidencialidad			
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

## PROVISIONES ESPECIALES

*Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.*

<b>CRONOGRAMA</b>									
	Meses								
<b>Descripción de la Actividad</b> (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...)	mes 1	mes 2	mes 3	mes 4	mes 5	mes 6	mes 7	mes 8	mes 9
Contacto con las dos Instituciones psiquiátricas	x								
Reclutamiento de participantes	x								
Intervención con pacientes		x	x	x	x	x	x	x	
Primeras observaciones del desarrollo creativo		x	x						
Entrevistas y encuestas (a pacientes equipo clínico y familiares)		x	x						
Análisis de información y elaboración de informes			x						
Segundas observaciones del desarrollo creativo				x	x	x			
Segundas entrevistas y encuestas (a pacientes equipo clínico y familiares)				x	x	x			
Segundo análisis de información y elaboración de informes						x			



**CERTIFICACIÓN:**

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos.                      Sí (    )                      No (    )
  
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis.                      Sí (    )                      No (    )                      No Aplica (    )

**Firma del investigador:** \_\_\_\_\_ (con tinta azul)

**Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ:** \_\_\_\_\_

## ANEXO C: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



### Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

#### Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ

The Institutional Review Board of the USFQ

#### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Efecto del arteterapia como elemento complementario en la intervención clínica para pacientes diagnosticados con esquizofrenia.

**Organización del investigador** *Universidad San Francisco de Quito*

**Nombre del investigador principal** *Andrea Carolina Espinosa González*

**Datos de localización del investigador principal** *24015837 / 0992660399/ aespinosag@estud.usfq.edu.ec*

**Co-investigadores:** Ninguno

### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

#### Introducción

El siguiente formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que necesite para entender con claridad su participación y la de su familiar y despejar cualquier duda, malentendido o reclamo. Antes de aceptar su participación asegúrese de tomarse el tiempo necesario para consultar con su familia y/o amigos sobre esta decisión.

Usted, la institución (Nombre) y el paciente (Nombre) han sido invitados a participar en una investigación sobre el posible efecto e influencia del arteterapia sobre la intervención de la esquizofrenia, considerando que el paciente (Nombre) cumple con los criterios diagnósticos de la esquizofrenia según el DSM- 5, así como también con los criterios de inclusión requeridos para participar en la investigación.

**Propósito del estudio**

El estudio pretende medir si el arteterapia puede ofrecer beneficios emocionales, cognitivos y conductuales al paciente y si puede contribuir con el resto de terapia incluidas en la intervención para pacientes esquizofrénicos. La forma de determinar este posible efecto recae en el uso de entrevistas, encuestas y observaciones a diez pacientes, los miembros de las instituciones psiquiátricas que están a cargo de los pacientes, y los familiares de los mismos.

**Descripción de los procedimientos**

El procedimiento para este estudio responde a una entrevista inicial con los familiares y con el equipo clínico del paciente para determinar características, mayores dificultades, el curso personal de su enfermedad y en general el estado inicial del paciente. Seguido a esta entrevista, se realiza una con el paciente para evaluar los mismos aspectos. Se estima que para esta etapa se requieran por lo menos siete días. Posteriormente, se proseguirá a la intervención con arteterapia en simultaneidad con el resto de terapias a las que el paciente previamente asistía. Cada sesión estará acompañada por observaciones. El estudio tendrá una duración de ocho meses, por lo que cada dos meses se harán evaluaciones del progreso a través de encuestas y entrevistas para todos los involucrados. En el último mes de intervención se realizará una última entrevista y encuesta a los participantes y la investigadora realizará una evaluación global del proceso y posible progreso de cada paciente. De esta manera se podrá determinar si el arteterapia tuvo un efecto positivo.

**Riesgos y beneficios**

Los riesgos de esta investigación incluyen un retroceso en el avance, especialmente conductual, en el resto de terapias psicológicas que se realizaban simultáneamente con la aplicación de arteterapia. También un ligero empeoramiento del estado conductual del paciente y un rechazo o resistencia a la ingesta de la medicación establecida. Lo que resultaría perjudicial por la complejidad de lograr la colaboración del paciente a tomar constantemente su medicación. Gracias a la constante supervisión del proceso y estado de cada participante, la investigadora podrá detectar estos posibles riesgos, y de ser el caso, se deberán comunicar inmediatamente al resto del equipo clínico para neutralizarlos con ayuda de psicoterapia y un ajuste de medicación.

Los beneficios de este estudio para los participantes, en el caso de los pacientes, es la posibilidad de un mejoramiento en los síntomas y en el estado psicológico como tal; en el caso del equipo clínico es la aplicación de una nueva herramienta terapéutica que genera resultados distintos a los previos, y para la familia, una mayor seguridad en cuanto al bienestar y mejoras psicológicas de sus familiares.

### **Confidencialidad de los datos**

Es sumamente importante para nuestro equipo mantener su privacidad, por lo que se aplicarán las medidas necesarias para que su identidad y datos personales sean anónimas:

1. Toda la información proporcionada por usted será identificada con dos iniciales elegidas aleatoriamente que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar confidencial al que sólo la investigadora tendrá acceso.
2. Sus nombres y apellidos no serán mencionados en los reportes o publicaciones, se usarán las iniciales ficticias.
3. El Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

### **Derechos y opciones del participante**

La participación del sujeto es completamente voluntaria y por tanto, que exista la posibilidad de que el paciente decida no ser parte del estudio o que se arrepienta de su participación en cualquier momento, sin que existan implicaciones laborales o personales negativas. Además las instituciones o cuidadores pueden contactarse con la investigadora en cualquier momento para aclarar dudas sobre el estudio. Adicionalmente, se recalca que su participación no involucra ningún tipo de pago por parte de la investigadora o la universidad y tampoco tendrá que pagar ningún valor por participar. Por último, el participante puede solicitar tratamiento psicológico si lo requiere y podrá negarse a responder cualquiera de las preguntas que la investigadora formule, si éstas le resultan inapropiadas o incómodas.

### Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0992660399 que pertenece a Andrea Carolina Espinosa González, o envíe un correo electrónico a [aespinosag@estud.usfq.edu.ec](mailto:aespinosag@estud.usfq.edu.ec)

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: [comitebioetica@usfq.edu.ec](mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec)

### Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

## ANEXO D: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

### ENCUESTAS

<b>A. Encuesta dirigida a padres (familiares)</b>		<b>Parentesco:</b>				
<b>Mejoras conductuales, cognitivas y emocionales</b>						
<b>Elija el puntaje para cada pregunta siendo 0 = ninguna mejoría y 5 = una mejoría notoria</b>						
		1	2	3	4	5
<b>1</b>	¿Ha notado mejoras en la estabilidad del comportamiento de su hijo/a?					
<b>2</b>	¿Ha notado mejorías en la respuesta social de su hijo/a?					
<b>3</b>	¿Ha notado mejorías en la atención de su hijo/a?					
<b>4</b>	¿Ha notado mejorías en la socialización de su hijo/a?					
<b>5</b>	¿Ha notado mejorías en la capacidad de comunicación de su hijo/a?					
<b>6</b>	¿Ha notado mejorías en la respuesta emocional de su hijo/a?					
<b>7</b>	¿Ha notado mejorías en el control motor de su hijo/a?					
<b>8</b>	¿Ha notado mejorías en la capacidad para recordar de su hijo/a?					

9	¿Ha notado mejorías en el aspecto físico de su hijo/a?					
10	¿Ha notado mejorías en la respuesta a estímulos ambientales de su hijo/a?					
11	¿Cree que el arteterapia ha causado mejorías en su hijo/a?					

<b>B. Encuesta dirigida a cuidadores (enfermeras, psicólogos y psiquiatras)</b>						
		<b>Nombre:</b>				
<b>Mejoras conductuales, cognitivas y emocionales</b>		<b>Nombre del paciente:</b>				
<b>Elija el puntaje para cada pregunta siendo 0 = ninguna mejoría y 5 = una mejoría notoria</b>						
		1	2	3	4	5
1	¿Ha notado mejoras en la estabilidad del comportamiento del paciente?					
2	¿Ha notado mejoras en la respuesta social del paciente?					
3	¿Ha notado mejoras en la atención del paciente?					
4	¿Ha notado mejoras en la socialización del paciente?					
5	¿Ha notado mejoras en la capacidad de comunicación del paciente?					
6	¿Ha notado mejoras en la respuesta emocional del paciente?					
7	¿Ha notado mejoras en el control motor del paciente?					

<b>8</b>	¿Ha notado mejoras en la capacidad para recordar del paciente?					
<b>9</b>	¿Ha notado mejoras en el aspecto físico del paciente?					
<b>10</b>	¿Ha notado mejoras en la respuesta a estímulos ambientales del paciente?					
<b>11</b>	¿Ha notado una mejor respuesta y evolución en el resto de terapias?					
	¿Cree que el arteterapia está siendo generando mejoras en el paciente?					

<b>C. Encuesta dirigida al paciente</b>		<b>NOMBRE:</b>	
<b>Mejoras conductuales, cognitivas y emocionales</b>			
<b>Elija SI o NO dependiendo de la pregunta.</b>			
		<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>1</b>	¿Te sientes más tranquilo o estable?		
<b>2</b>	¿Puedes seguir las reglas y portarte de acuerdo al lugar en donde estés?		
<b>3</b>	¿Sientes que tu atención a mejorado?		
<b>4</b>	¿Crees que puedes interactuar mejor con el resto?		

<b>5</b>	¿Sientes que te puedes comunicar mejor con los otros y con los doctores?		
<b>6</b>	¿Puedes expresar mejor tus emociones?		
<b>7</b>	¿Sientes que tienes más control sobre tu cuerpo y movimientos?		
<b>8</b>	¿Sientes que puedes recordar más cosas?		
<b>9</b>	¿Sientes que tu presentación ha mejorado?		
<b>10</b>	¿Las cosas de tu alrededor te llaman más la atención?		
<b>11</b>	¿Te gusta tener terapia de arte?		

## ENTREVISTA

<b>A. Entrevista dirigida a padres</b>	<b>Código: 001</b>
<b>Criterio sobre el Arte terapia e intervención de la esquizofrenia</b>	<b>Género: M - F</b>
1. Qué conoce sobre el arte terapia?	
2. ¿Cree que el arte tiene beneficios para la persona? ¿Cuáles?	
3. ¿Le parece que el arte terapia podría ser útil si es aplicada como parte de la intervención de su hijo/a?	
4. ¿Por qué sí o por qué no cree que esta terapia podría beneficiar a su hijo/a?	
5. ¿Conoce algún tratamiento para la esquizofrenia? ¿Cuál?	
6. ¿Por qué cree que ese tratamiento es efectivo?	
7. ¿Cree que el arte terapia podría beneficiar a otra terapia utilizada para la esquizofrenia?	

<b>B. Entrevista dirigida a cuidadores</b>  (enfermeras, psicólogos y psiquiatras)	<b>Nombre:</b>
<b>Criterio sobre el Arte terapia e intervención de la esquizofrenia</b>	<b>Género: M - F</b>
1. ¿Considera que el arte tiene beneficios (de cualquier tipo) en la persona? ¿Cuáles?	
2. ¿Qué conoce sobre el arte terapia?	
3. ¿Le parece que el arte terapia podría ser aplicada en los pacientes con esquizofrenia de esta institución?	
4. ¿Por qué sí o por qué no cree que sea posible aplicar esta terapia?	
5. ¿Qué tratamientos conoce para la esquizofrenia?	
6. ¿Cuáles son los tratamientos que mejores resultados brindan?	

7. ¿Cree que el arte terapia podría beneficiar a otra terapia utilizada para la esquizofrenia?

8. ¿A qué otro tipo de terapia, y por qué sí o no?

<b>C. Entrevista dirigida al paciente</b>	<b>Código: 001</b>
<b>Criterio sobre el Arte terapia e intervención de la esquizofrenia</b>	<b>Género: M - F</b>
1. ¿Te gusta el arte?	
2. ¿Qué sabes del arte?	
3. ¿Crees que el arte es bueno o causa cosas buenas?	
4. ¿Quisieras hacer algo de arte (pintar, dibujar, modelar)?	
5. ¿Crees que te serviría para algo?	
6. ¿Cómo crees que te haría sentir hacer algo artístico?	
7. ¿Quisieras que tus doctores aumenten el arteterapia en tu tratamiento? ¿Por qué?	

**ANEXO E: OBRAS DE ARTISTAS RELACIONADOS Y DE PACIENTES  
ESQUIZOFRÉNICOS**



Imagen 1. *Panorama*, Cy Twombly, 1955.



Imagen 2. *The Olive Trees*, Vincent van Gogh, 1889 (Saint Rémy).



Imagen 3. *The Starry Night*, Vincent van Gogh, 1889 (Saint Rémy).

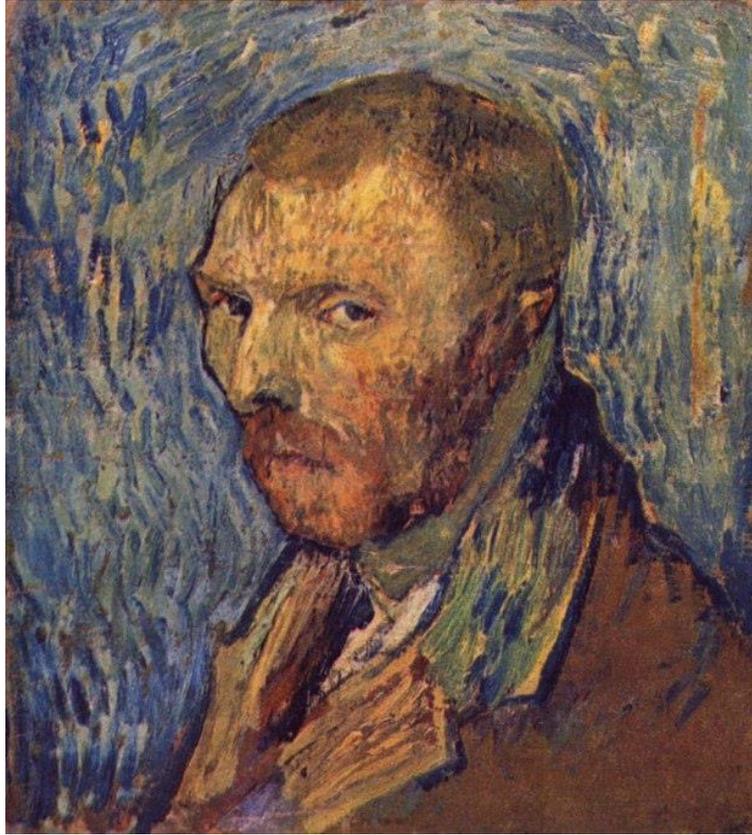


Imagen 4. “Self-Portrait ‘Mutilated Ear’ Self-portrait ‘à l’oreille mutilée, Vincent van Gogh, 1889).



Imagen 5. *Ravine*, Vincent van Gogh, (1889).



Imagen 6. Quinto retrato de la serie "*Self Portrait Series*", Bryan Charnley, 1991.



Imagen 7. Noveno retrato de la serie “*Self Portrait Series*”, Bryan Charnley, 1991.



Imagen 8. Décimo retrato de la serie “*Self Portrait Series*”, Bryan Charnley, 1991.



Imagen 9. *Farm Children's Games in Western Canada*, William Kurelek, 1952.



Imagen 10. *Die Psychiatrische Klinik Waldau*, Adolf Wölfli, 1921.



Imagen 11. *Sin Título*, Rob Gonsalves, s.f.



Imagen 12. *Sin Título*, Rob Gonsalves, s.f.

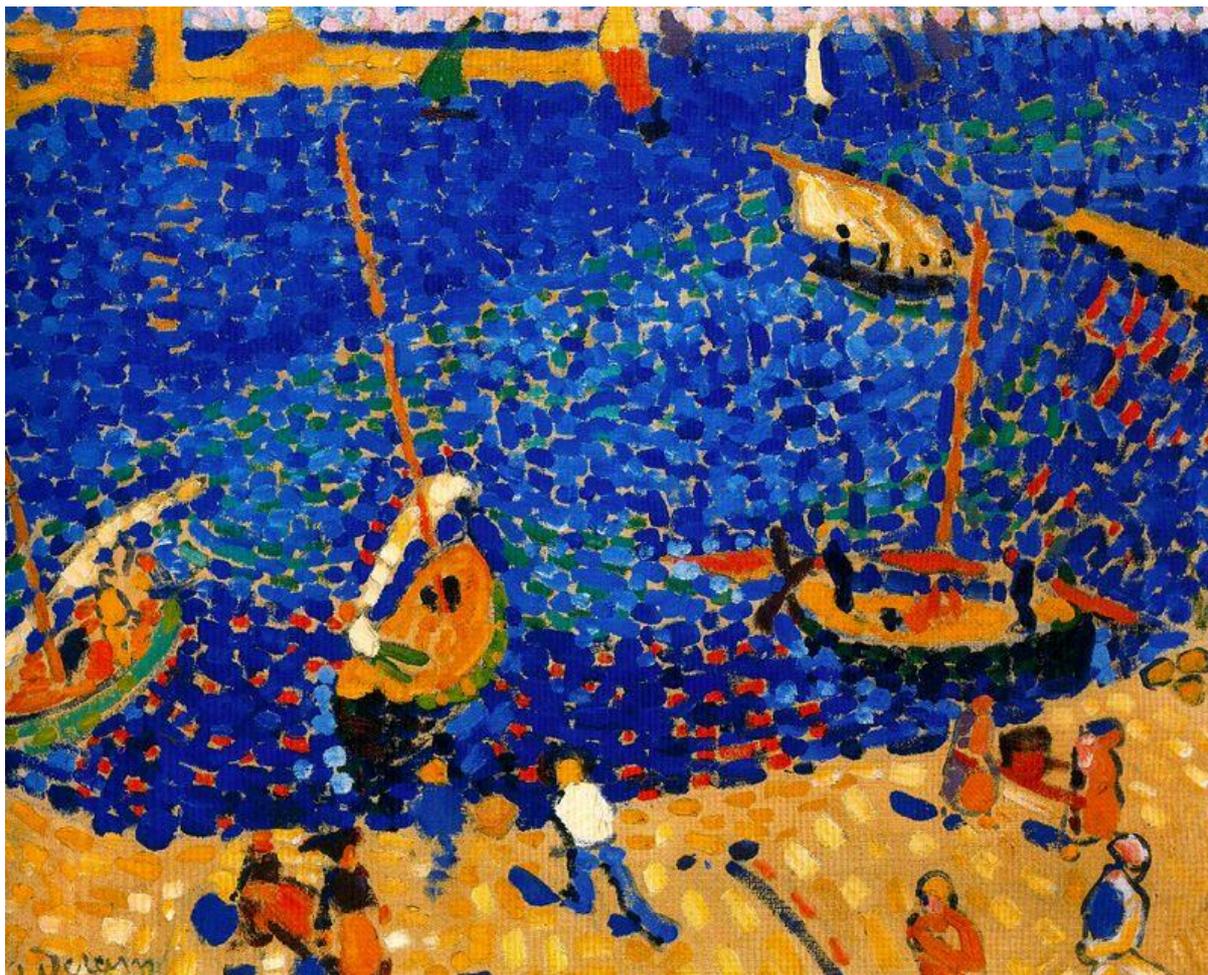


Imagen 13. *Boats at Collioure*, André Derain, 1905.



Imagen 14. *Landscape near Chatou*, André Derain, 1904.



Imagen 15. *El Hijo del Hombre*, René Magritte, 1964.



Imagen 16. *Estudio de Matisse en Collioure*, René Magritte, 1905.

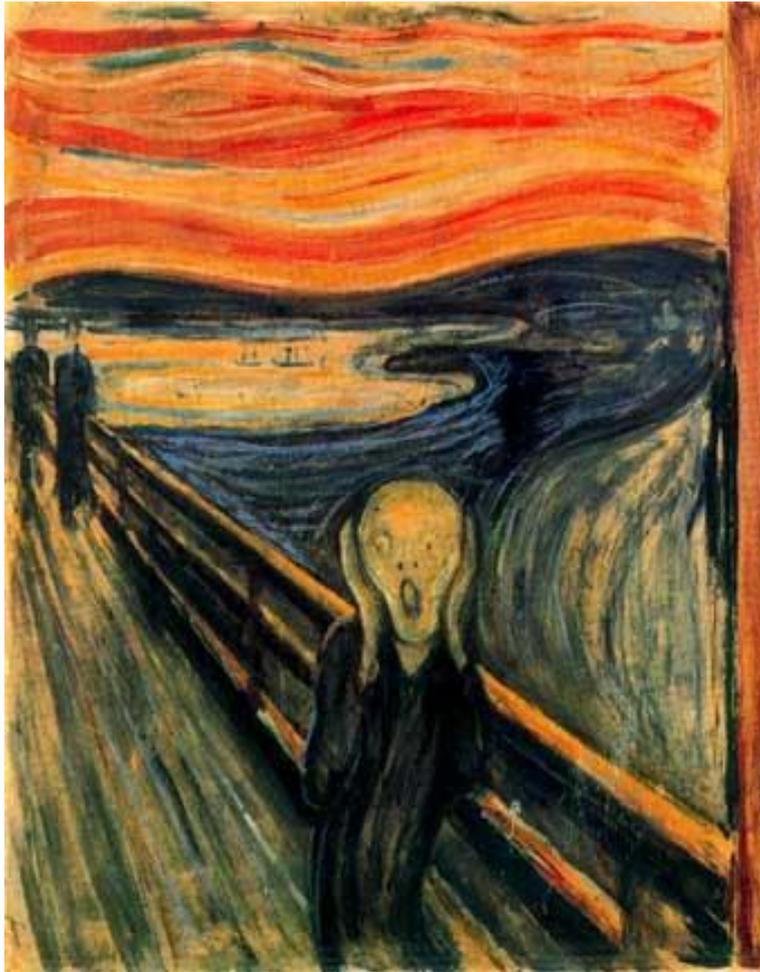


Imagen 17. *El grito*, Edvard Munch, 1893.



Imágen 18. *Self-Portrait with Bandaged Ear*, Vincent van Gogh, 1889.

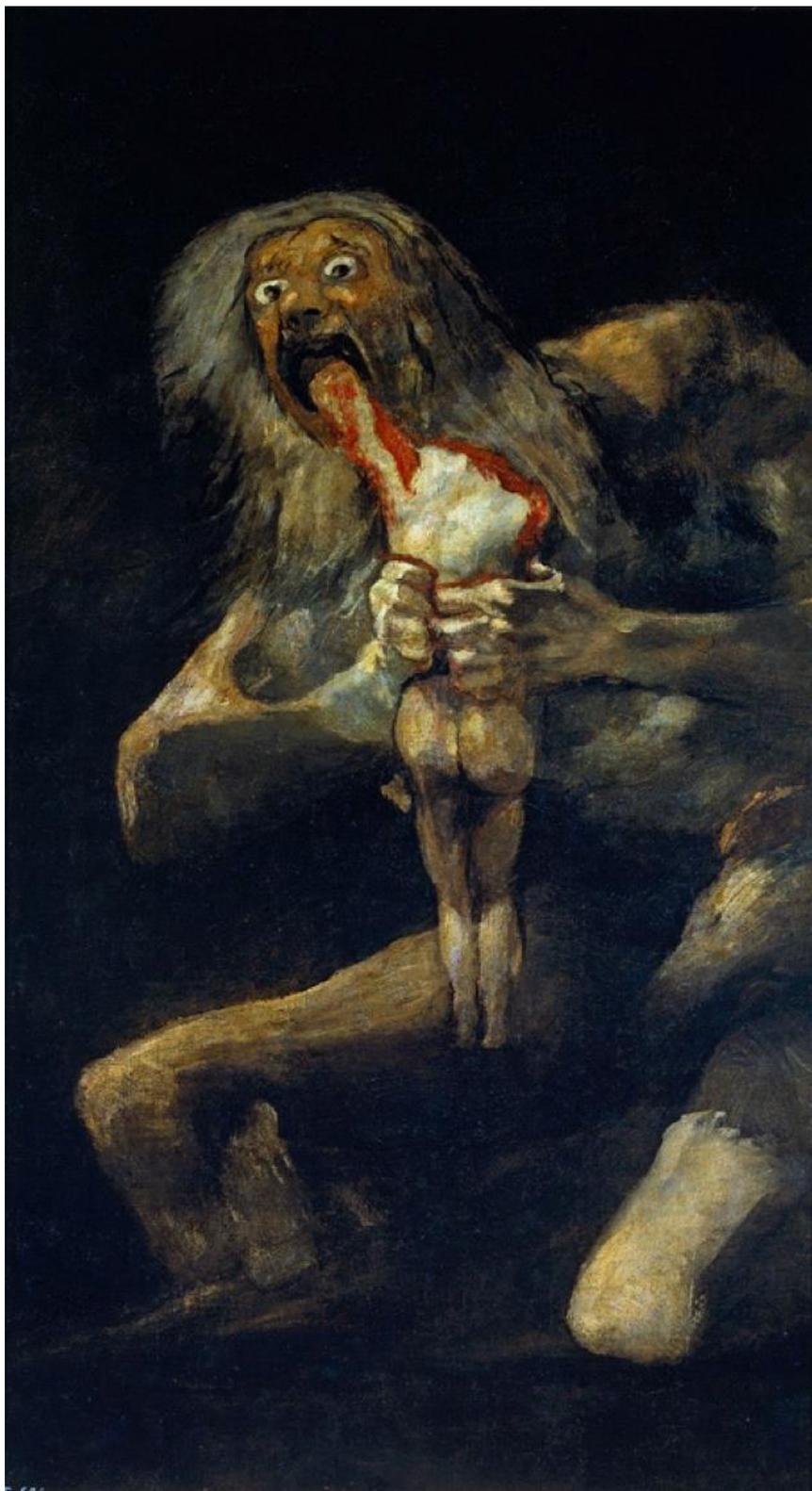


Imagen 19. *Saturno devorando a su hijo*, Francisco de Goya, 1820-1823.



Imagen 20. *El coloso*, Francisco de Goya, 1812.



Imagen 21. *Corral de Locos*, Francisco de Goya, 1794.



Imagen 22. *Casa de Locos*, Francisco de Goya, 1812-1819.

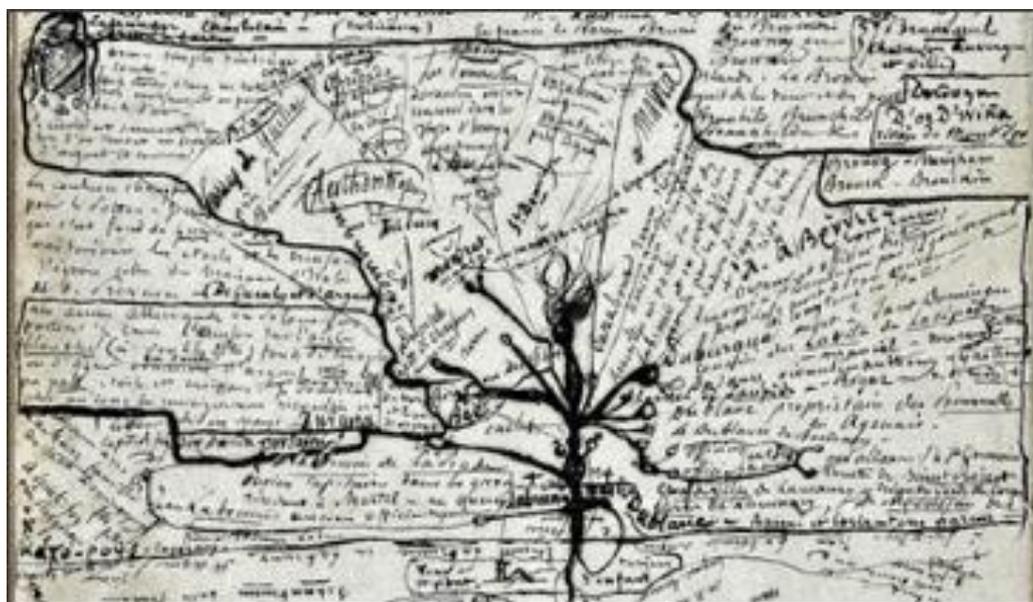


Imagen 23. *La Généalogie Fantastique*, Labrunie et Bonaparte, 1841.



Imagen 24. *Witch with Eagle*, August Natterer, s.f (Colección Prinzhorn, Heidelberg).



Imagen 25. *Meine Augen*, August Natterer, s.f (Colección Prinzhorn, Heidelberg).



Imagen 26. *Sin Título*, David Nebreda, s.f.

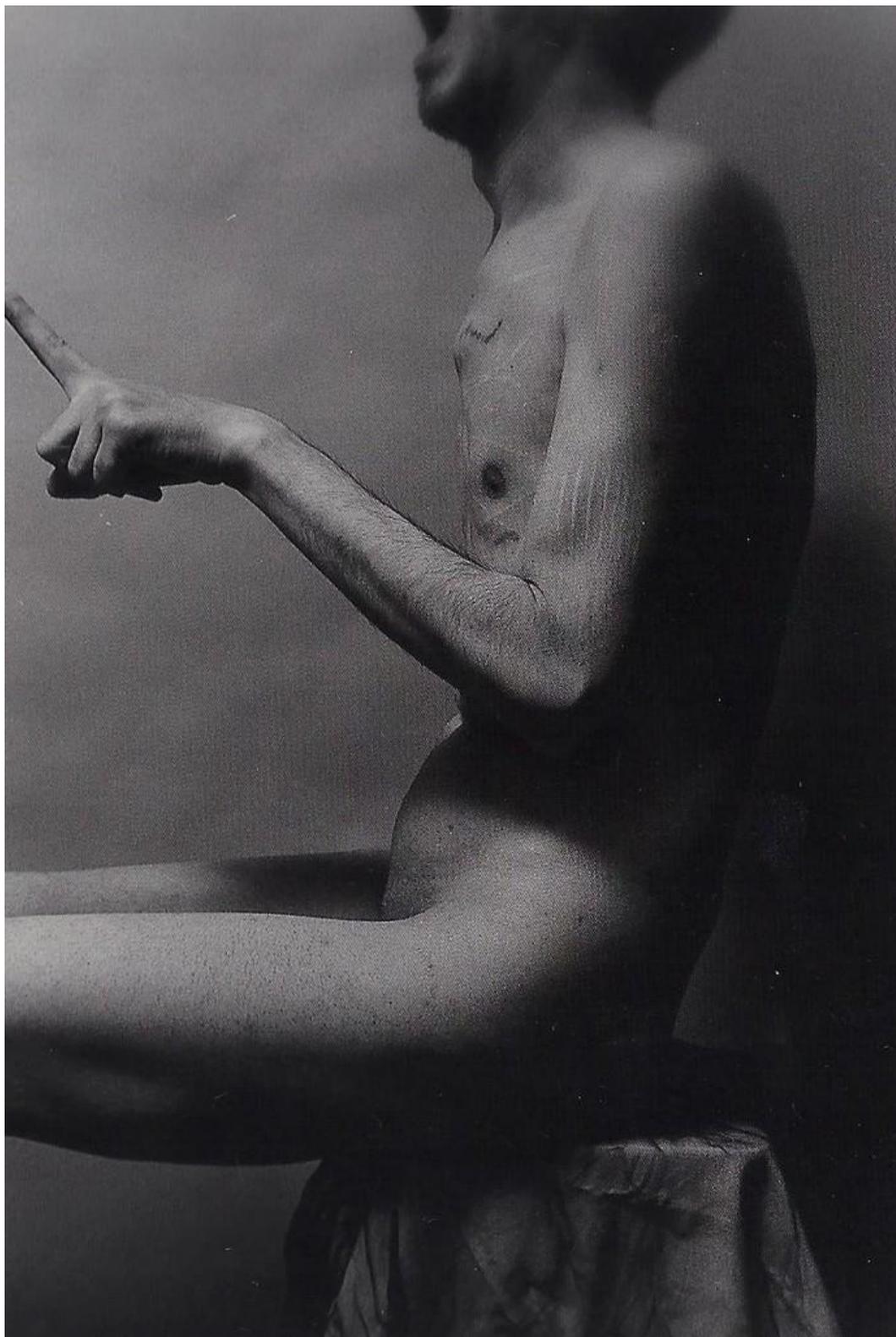
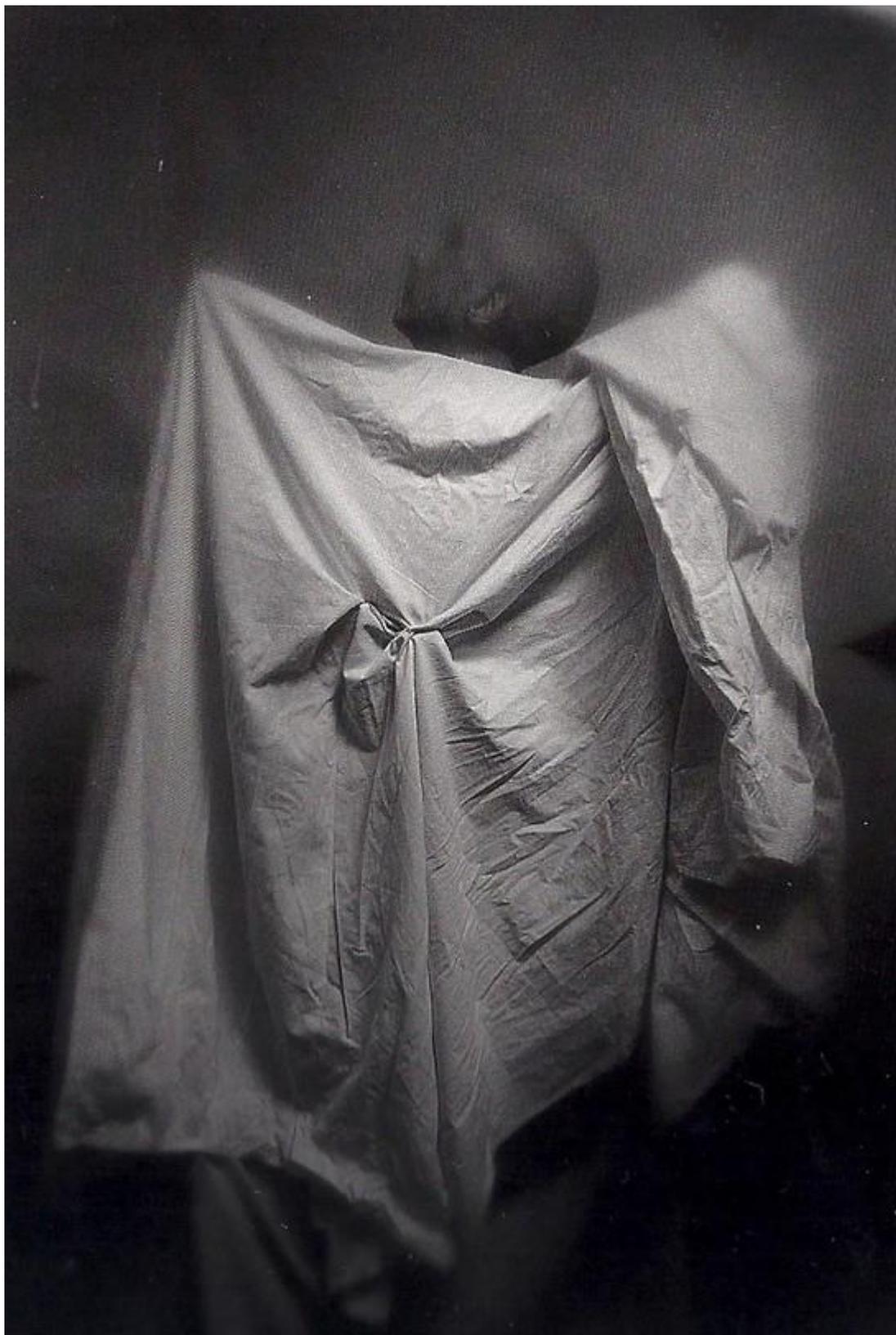


Imagen 27. *Sin Título*, David Nebreda, s.f.



Imagen 28. *Las Tres Madres*, David Nebreda, s.f.



Inagen 29. *Sin Título*, David Nebreda, s.f.

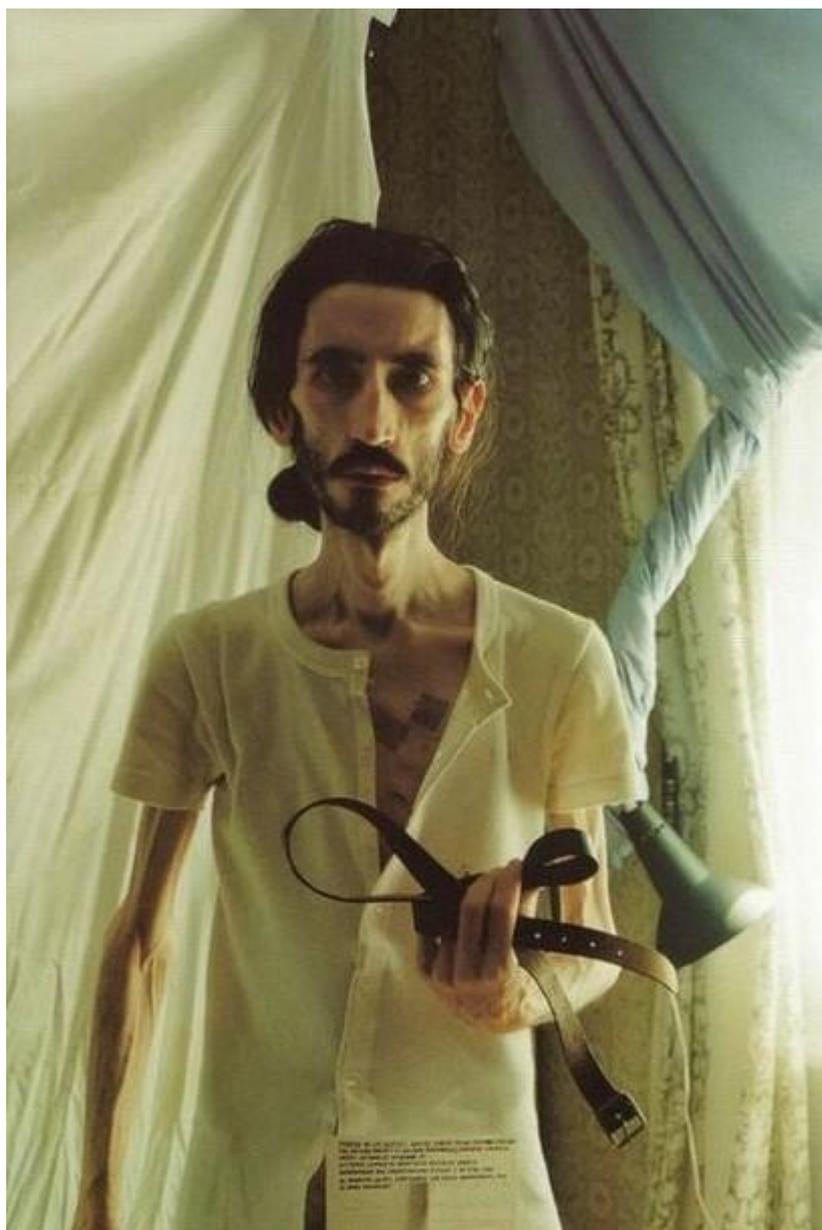


Imagen 30. *Autorretrato*, David Nebreda, s.f.



Imagen 31. *Two Faces*, Heinrich Müller, s.f.

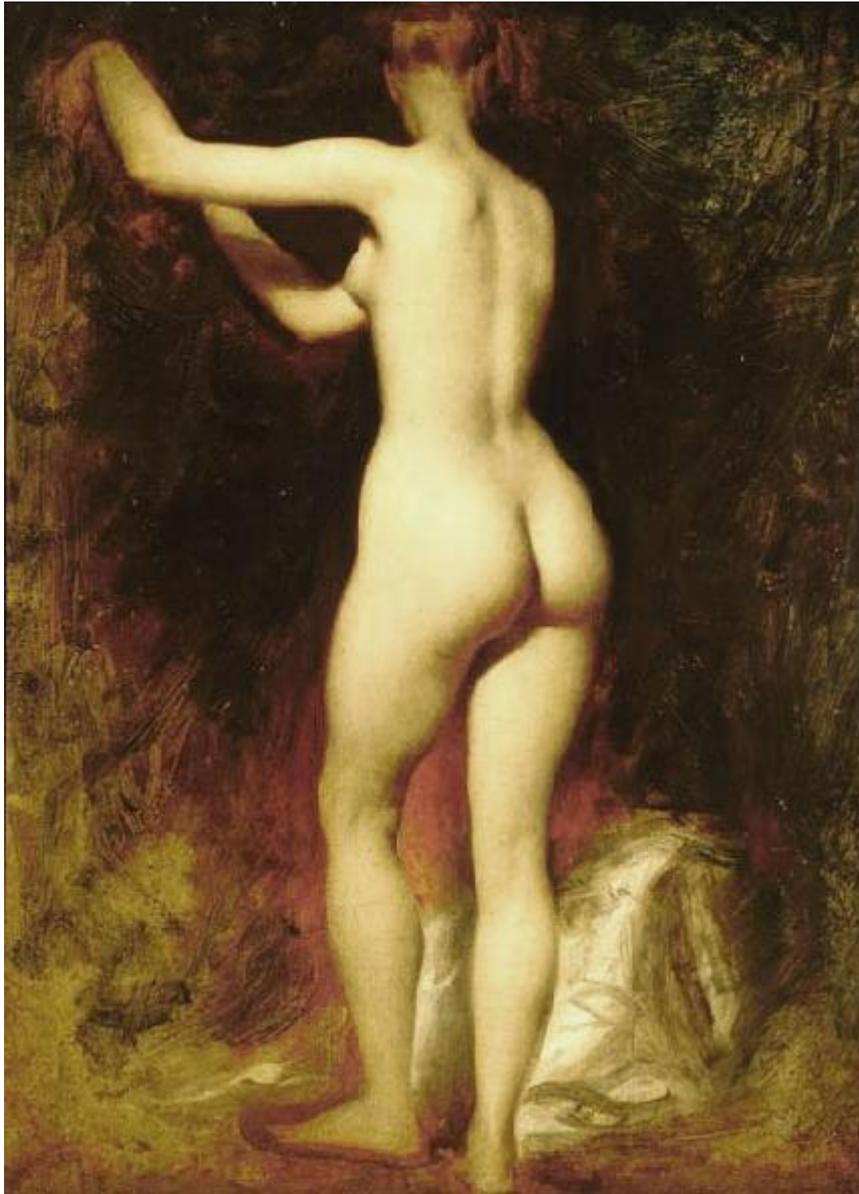


Imagen 32. *Female Nude from behind*, William Etty, 1835.



Imagen 33. Sin título, Francesca Woodman, 1979.



Imagen 34. *It must be time for lunch now*, Francesca Woodman, 1979.



Imagen 35. *Space 2*, Francesca Woodman, 1975 - 1976.



Imagen 36. *P. 59*, Francesca Woodman, 1975 - 1976.



Imagen 37. *Self-deceit 1*, Francesca Woodman, 1958 - 1981.



Imagen 38. *Sin título*, Francesca Woodman, 1975 - 1976.



Imagen 39. *Reverse*, Jenny Saville, 2002.



Imagen 40. *Stare*, Jenny Saville, 2004 - 2005.

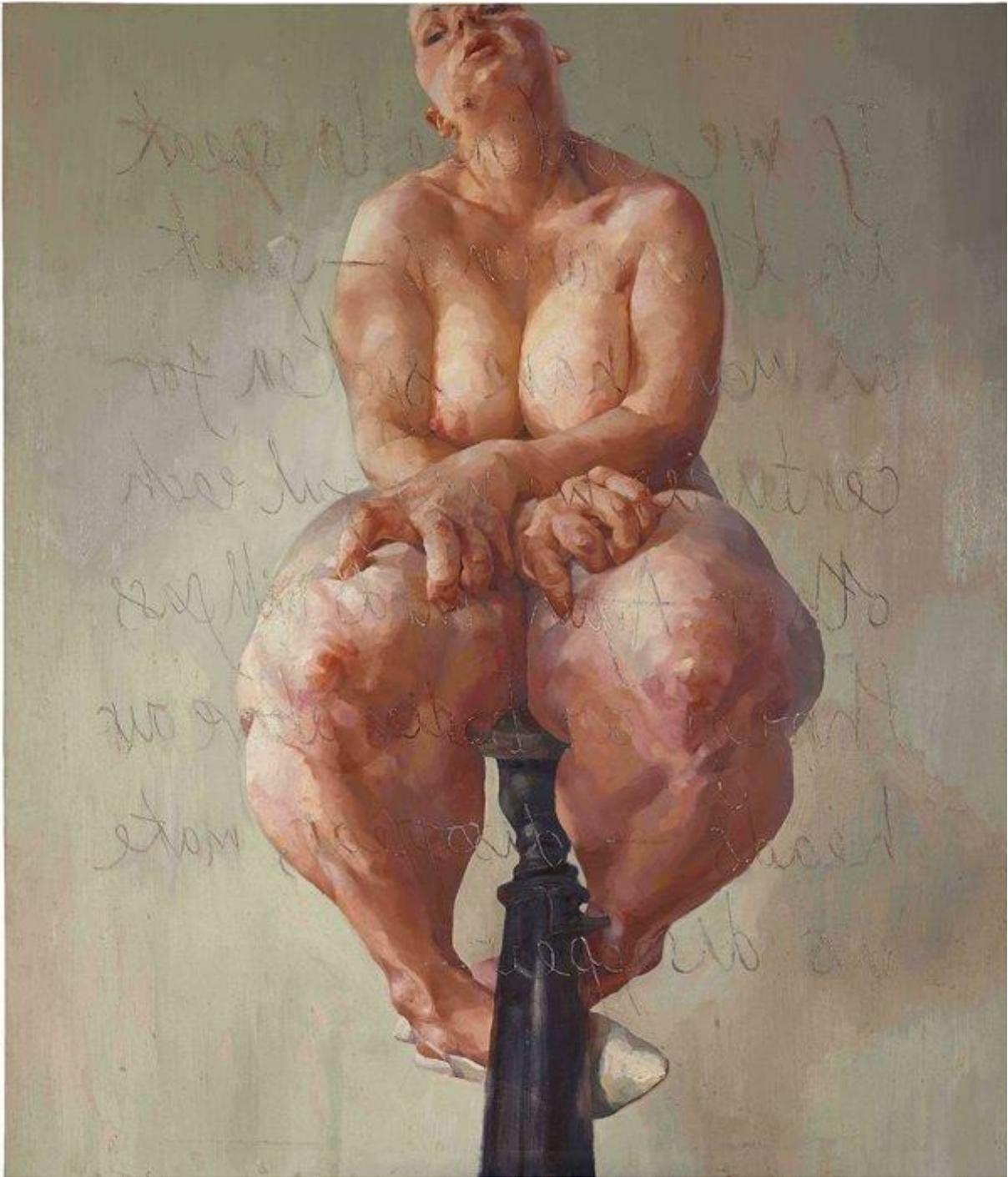


Imagen 41. *Propped*, Jenny Saville, 1992.

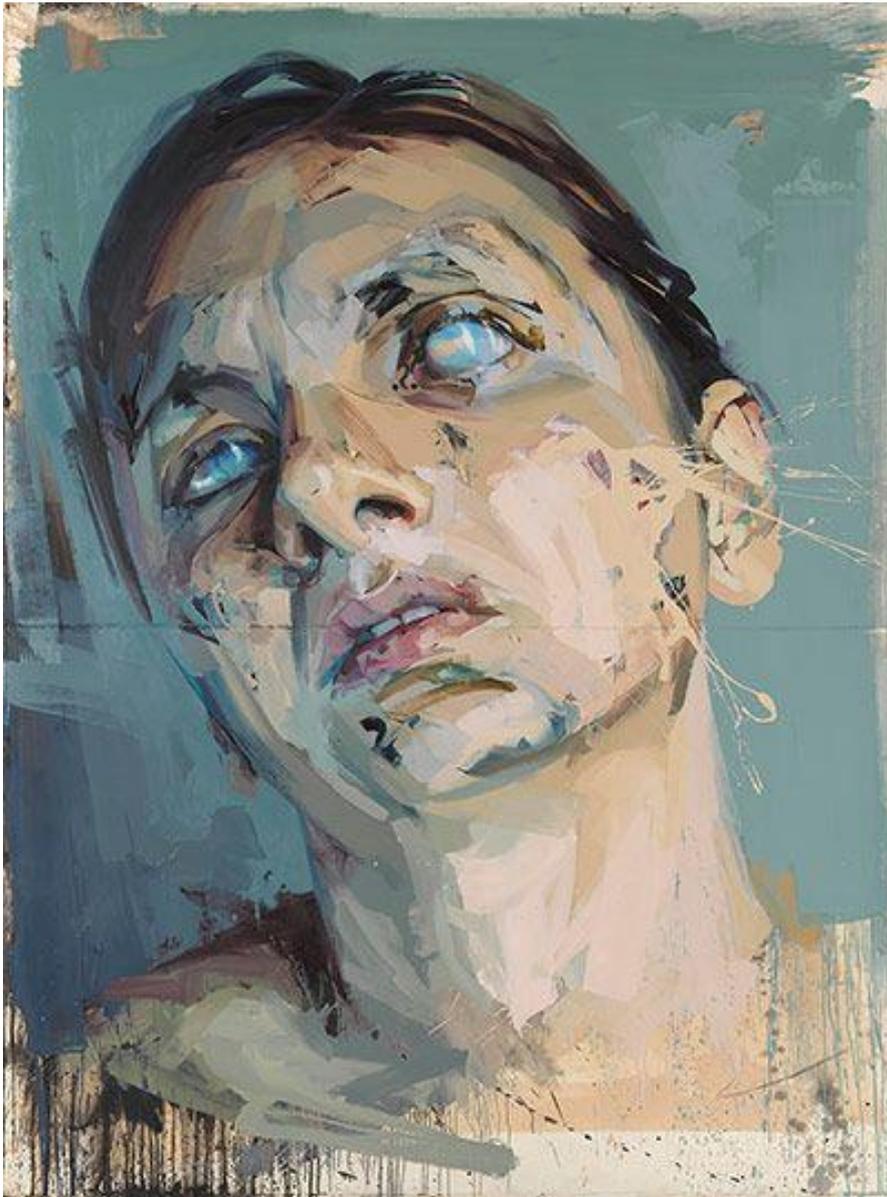


Imagen 42. *Atonement Studies*, Jenny Saville, 2005 - 2006.



Imagen 43. *Apartment houses*, Jean Dubuffet, 1946.



Imagen 44. *Marejada de lo virtual*, Jean Dubuffet, 1963.



Imagen 45. *The African Mask*, André Breton, 1947 - 1948.



Imagen 46. *Impresión, sol naciente*, Claude Monet, 1872.



Imagen 47. *Amapolas*, Claude Monet, 1873.



Imagen 48. *El jardín del artista en Giverny*, Claude Monet, 1900.



Imagen 49. *The painter's family*, Giorgio de Chirico, 1926.



Imagen 50. *The archeologists*, Giorgio de Chirico, 1927.



Imagen 51. *Departure of the Winged Ship*, Vladímir Kush, 2000.



Imagen 52. *African Sonata*, Vladímir Kush, 2011.



Imagen 53. *Arrival of the flower ship*, Vladímir Kush, 2001.



Imagen 54. *Homo Rondans*, Remedios Varo, 1959.