

Efectividad de la expresión corporal para la mejora de la capacidad expresiva en el Trastorno Mental Grave

Effectiveness of body language to improve the expressive ability in patients with severe mental disorder

Autora: Laura Sánchez López.

Dirección de contacto: lrsanchezlopez@gmail.com

Cómo citar este artículo: Sánchez López L. NURE Inv [Internet]. Nov-Dic 2014 [citado día mes año]; 11(73):[aprox. 21 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/NURE73_TFG_TMGrave.pdf

Fecha recepción: 06/09/2014

Aceptado para su publicación: 23/09/2014

Resumen

Durante siglos se ha utilizado el arte en todas sus formas como parte del tratamiento en el ámbito de la psiquiatría. Dentro de esas formas se encuentra la danza. Esta ha estado presente a lo largo de la evolución del desarrollo humano. Cuando danzamos conectamos nuestro cuerpo con las emociones. Dentro de la danza tenemos la Expresión Corporal, siendo esta un elemento indispensable en la comunicación y en el aspecto social de la persona; es una conducta que existe desde siempre en todo ser humano, es un lenguaje por medio del cual este se expresa por medio de sí mismo, reuniendo en el propio cuerpo, el mensaje, el canal, el contenido y la forma. **Objetivo.** Evaluar la efectividad de una intervención de Expresión Corporal sobre la capacidad expresiva en pacientes con trastorno mental grave. **Metodología.** se llevará a cabo un estudio cuasiexperimental, en pacientes adultos que acuden al Centro de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico José Germain (Leganés) con diagnóstico de trastorno mental grave. Se calcula un tamaño muestral de aproximadamente 72 personas. Los grupos estarán formados por 10 pacientes y tendrán lugar 10 sesiones, con una frecuencia semanal y 90 minutos de duración. La efectividad de la intervención será evaluada por las escala tipo likert de los indicadores de resultado NOC "comunicación" y "habilidades de interacción social". Para el análisis de los datos se realizará mediante un análisis de la varianza (ANOVA) de medidas repetidas.

Palabras clave

Terapia a través de la danza; cinésica; terapia con arte; atención de enfermería; enfermería salud mental.

Abstract

For centuries we have used the art in all its forms as part of treatment in the field of psychiatry. One of those ways is dance. This has been present throughout the evolution of human development. When we dance we connect our body with emotions. In dance we Corporal Expression, this being an essential element in the communication and the social aspect of the person; It's a behavior that has always existed in every human being, is a language through which this is expressed by itself, gathering in the body itself, the message, the channel, the content and form. **Objective.** To evaluate the effectiveness of an intervention Body Language on the expressive capacity in patients with severe mental disorder. **Methodology.** A quasi-experimental longitudinal repeated measures study in adult patients attending the Mental Health Center Psychiatric Institute José Germain (Leganés) diagnosed with severe mental illness will be held. A sample size of approximately 72 people is estimated. The groups will consist of 10 patients and will be held 10 sessions, on a weekly basis and 90 minutes long. The effectiveness of the intervention will be assessed by the Likert scale "NOC" outcome indicators "communication" and "social skills". For analysis of data was performed by analysis of variance (ANOVA) for repeated measures.

Key words

Therapy through dance; kinesics; art therapy; nursing cares; psychiatric nursing.

Centro de Trabajo: Enfermera especialista en salud mental por el Instituto Psiquiátrico y de Servicios de Salud Mental José Germain (Leganés) 2012-2014.

INTRODUCCIÓN

El ser humano, desde sus inicios, encontró en el arte un modo de comunicación, creación y curación. Cabe definir la palabra arte, tal como lo hace la Real Academia de la Lengua Española, como *"la manifestación de la actividad humana mediante la cual se expresa una visión personal y desinteresada que interpreta lo real o imaginado con recursos plásticos, lingüísticos o sonoros"* (1).

Las propiedades curativas del arte forman parte de las creencias de los pueblos. Un ejemplo de esto es la danza; en las culturas primitivas la danza era una de las principales formas de comunicación y un ritual religioso. En las antiguas comunidades tribales se consideró la danza como un medio para comprender y orientar el ritmo del universo. Los hombres y las mujeres bailaban para ganarse los favores de los dioses quienes les proporcionaban alimentos, salud y seguridad (2, 3).

Con la aparición de la figura del chamán, el arte se afianza en sus connotaciones curativas. Una de las funciones del chamán era extraer los elementos insanos mediante la creación de imágenes esquemáticas que transmitían mensajes para conjurar o atraer los favores de los espíritus (4).

En la cultura egipcia existen los denominados "Libros de los Muertos" en los cuales se habla de templos donde se organizaban actividades creativas en torno a la pintura, el dibujo y la danza para personas con enfermedades mentales (4).

En la cultura grecolatina se abogaba por un tratamiento de las personas con enfermedad mental donde la música y las artes visuales estuviesen presentes. En diversos textos de filósofos de la época queda reflejada la acción apaciguadora de la música ("Timeo" – Platón hacia el 360 a.C) y la forma en que aplicaban la música en el tratamiento de la locura (Celso – s. I d.C) (4).

Según bibliografía consultada (4, 5), en el periodo medieval se produce un cambio en la forma de tratar al enfermo mental, ya que este era considerado como un endemoniado o como un fenómeno anormal, un animal salvaje que debía ser enjaulado.

Más tarde, durante los siglos XVII y XVIII, a pesar de que comienzan a gestarse los fundamentos sobre psicopatología, los enfermos mentales eran todavía considerados como un peligro para la sociedad y por ello se les encerraba y aislaba (4).

En el siglo XIX crece el interés hacia las actividades artísticas como posibles remedios de las enfermedades mentales.

Las actividades artísticas comenzaban a ser concebidas, por muchos psiquiatras, como un medio para alejar a los enfermos de sus ideas fijas (4).

El psiquiatra Vinchon en su obra "Arte y Locura", publicada en 1824, propone la actividad artística en los hospitales psiquiátricos como método terapéutico (4).

En 1882 en el Manicomio de San Baudilio de Llobregat (Barcelona) se usaba la música como agente terapéutico y existía una orquesta formada por pacientes (4).

Un personaje a destacar es el psiquiatra francés Philippe Pinel, considerado "el liberador de los locos". Propuso el "tratamiento moral" como remedio de la locura. Pinel indica que la creación de instituciones y de cuerpos médicos especializados y un trato afectuoso son capaces de curar. Asimismo destacó la producción artística de varios pacientes que se encontraban hospitalizados. En su obra "Tratamiento médico-filosófico para la alienación mental o la manía" ("Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie") publicado en 1801, recomienda que durante los periodos de lucidez se emplease al enfermo mental en alguna actividad destinada a mantener sus pensamientos ocupados. Pero, estas ocupaciones, así como la utilización de la música, ya se habían descrito desde el siglo XVII tal como queda citado por Quétel y Morel en la Tesis Doctoral de Hernández Merino A. titulada De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España entre los años 1917 y 1986 "[...] Desde el siglo XVII, Willis aconsejaba toda una gama de actividades para aliviar las pasiones tristes de los melancólicos. Cien años antes de la llegada del "tratamiento moral" de los alienados aconsejaba tener recursos como conversaciones alegres, canto, música, pintura, danza, caza, pesca..." (4, 5).

A finales del siglo XIX, el psiquiatra italiano César Lombroso reunió 107 obras de pacientes de la Clínica de Turín y comenzó así a realizar y revisar estudios sobre la relación entre enfermedad mental y creatividad. En 1864 escribió un libro sobre creatividad y enfermedad mental titulado "Genia y locura" ("Genio e follia") (6).

Prinzhorn tiene un papel importante ya que fue uno de los primeros interesados en el estudio de la expresión artística de los pacientes psicóticos. Publicó en 1922 "La producción de imágenes del enfermo mental". Cuando Prinzhorn entró a trabajar en la clínica de Heidelberg reunió hasta cerca de cinco mil obras realizadas por aproximadamente cuatrocientos cincuenta internos, la mayoría esquizofrénicos (7, 8).

A pesar de lo descrito anteriormente no fue hasta la II Guerra Mundial cuando el arte empezó a considerarse como una forma de tratamiento terapéutico. La Asociación Norteamericana de Arteterapia definió, en el año 2010, la arteterapia como *“una profesión del área de la salud mental que utiliza el proceso creativo del arte para mejorar y ampliar el bienestar emocional, mental y físico de individuos de todas las edades. Se basa en la creencia de que el proceso creativo envuelto en la auto-expresión artística ayuda a las personas a resolver conflictos y problemas, desarrolla habilidades interpersonales, control conductual, reduce el estrés, aumenta de la autoestima, la autoconciencia y facilita la adquisición de introspección”* (9). Esta consideración se debió, en parte, a la experiencia de Adrian Hill, quien acuñó por primera vez el término arteterapia en 1942. Hill era un artista que, mientras convalecía en un hospital, comenzó a compartir con otros pacientes los reconfortantes efectos que ejercía sobre él la pintura. Resultó que a algunos pacientes esto les sirvió para poder comunicar, por medio del dibujo y de la pintura, los miedos y sufrimientos que habían vivido en el campo de batalla. Trabajos e investigaciones sobre el tema se sucedieron a partir de este momento, los primeros libros sobre el tema datan de finales de la década de 1940 (7, 10, 11).

Hill publicó en 1943 el libro “El arte es una ayuda para la enfermedad: un experimento en la terapia ocupacional” (Art is an aid to illness: an experiment in occupational therapy), que junto con “Arte y regeneración” (Art and regeneration) publicado por Petrie en 1946, se consideran los libros pioneros en esta disciplina (7).

Prosiguiendo a estos, siguieron los aportes de la educadora y psicóloga estadounidense Margaret Naumburg quien empieza a desempeñar su labor en los años 30 del pasado siglo y de Edith Kramer, quien trabajó principalmente con niños, ambas identificadas como las principales fundadoras del arteterapia. Kramer en su libro “Terapia a través del arte en una comunidad infantil” defiende como a través de la expresión artística disminuyen las conductas agresivas de los niños (6, 7, 11).

En los años 60 del pasado siglo, se empezaron a formar las primeras asociaciones de arteterapeutas orientadas a reunir a los distintos profesionales dedicados a esta disciplina y fomentar su estudio y desarrollo. Destacan la británica, la americana y la francesa. A partir de 1980 se produjo una creciente conciencia de la utilidad del arte como terapia, en países como Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Alemania, Japón e Israel. El arte comenzó a utilizarse terapéuticamente

como rehabilitación y finalmente como un instrumento de autoconocimiento, dirigido a personas con necesidades especiales de diversa categoría: psicopatologías, enfermedades terminales o personas con una problemática social desfavorecida (6).

ARTETERAPIA EN ESPAÑA

En España no se conocen colecciones sobre expresiones gráficas realizadas por enfermos mentales hasta los años 60 del siglo pasado, cuando aparece una iniciativa en el Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos (Madrid). En la década de los 80 destaca la labor ejercida por Hernández Merino en los Servicios de Salud Mental de la Diputación Provincial de Valencia y el trabajo de Delgado en el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús (Madrid) desde el año 1992 (4).

El arteterapia surge a finales de los 90 desde el ámbito académico con la implantación de los cursos universitarios de posgrado.

En el “Modelo de Atención a Personas con Enfermedad Mental Grave”, publicado por el IMSERSO en el año 2007, en el apartado de servicios y prestaciones, en lo referente a la rehabilitación psicosocial, hace referencia a las “actividades expresivas” como: *“un conjunto de técnicas basadas en la utilización de mecanismo de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal)”* (12).

En el año 2009 el Ministerio de Sanidad y Consumo edita “La guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y la psicosis incipiente” en la cual se recomienda la aplicación de técnicas expresivas, entendidas como estas *“aquellas técnicas terapéuticas desarrolladas por personal cualificado y que están basadas en la utilización de mecanismos de simbolización, comunicación y expresión mediante canales verbales o no verbales (expresión artística, musical o corporal) e incluye arteterapia, musicoterapia y expresión corporal”* en pacientes con sintomatología negativa (13).

FUNDAMENTOS DE LA ARTETERAPIA

La arteterapia se fundamenta en que la actividad creadora puede ayudar a las personas a resolver los inevitables conflictos y tensiones de la vida, permitiendo expresar y liberar parte de sus problemas, produciendo relajación y distracción. Es además, una forma de canalización de los problemas físicos y/o psicológicos, y permite un ejercicio y mantenimiento de las actividades mentales (10).

La arteterapia posibilita expresar nuestros sentimientos, emociones y pensamientos. Las terapias del arte se ocupan de encontrar un lenguaje que permita manifestar lo que no se puede expresar de otra forma, y tienen el propósito de tratar problemas psicológicos, afectivos o sociales (14).

En un estudio realizado acerca de las técnicas de intervención dinámica y arte en paciente con psicopatología severa (no se incluye la danza) se llegaron a las siguientes conclusiones: que el arte permitió a los pacientes que participaron en el estudio (mientras fueron intervenidos no tuvieron otro tipo de psicoterapia): ver su capacidad creativa, de logro, imaginaria y simbólica. Hubo una sensación de ser tenidos en cuenta. Las funciones neuropsicológicas incrementaron en todos los pacientes aunque a distinto nivel. El grado de compromiso fue directamente proporcional a los recursos del Yo. La medicación psiquiátrica fue disminuida en pacientes con esquizofrenia paranoide, a medida que la psicoterapia progresaba, por observarse una disminución de la ansiedad y agresividad. Se observó una mayor participación en las diferentes actividades de grupo y en la terapia individual (15).

APLICACIÓN DE LA ARTETERAPIA

Aunque el presente anteproyecto se centra en la arteterapia y su uso dentro del campo de la psiquiatría, durante la realización de la búsqueda bibliográfica se ha encontrado bibliografía que expone que las terapias artísticas abarcan una amplia gama de realidades, de patologías y de personas que se pueden ver beneficiadas por sus efectos además de la salud mental. Estos ámbitos abarcan desde unidades de cuidados paliativos (16, 17) y unidades de neurología (18-22), utilización de estas técnicas en personas con déficits motores y sensoriales hasta personas con dolor crónico y patologías crónicas (23, 24). Asimismo se usa en diversas etapas vitales desde la infancia, pasando por la adolescencia y la adultez hasta la vejez.

En el presente anteproyecto nos centraremos en el Trastorno Mental Grave (TMG). Diversos autores (25) señalan que la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso es la que emitió el Instituto de Salud Mental de EE.UU en 1987. Esta definición entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos o negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percep-

ción distorsionada de la realidad. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10:

- Trastornos esquizofrénicos (F20.x).
- Trastorno esquizotípico (F21).
- Trastornos delirantes persistentes (F22).
- Trastornos delirantes inducidos (F24).
- Trastornos esquizoafectivos (F25).
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29).
- Trastorno bipolar (F31.x).
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33).
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42).

Queda establecido como criterio para establecer el TMG una evolución de trastorno de 2 o más años, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses aunque remitan los síntomas.

Asimismo existe una afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar. Es decir, existe una discapacidad que produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y que al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria (higiene, gestión económica, etc.).
- Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial.

Las diferentes formas del arte que pueden aportar propiedades terapéuticas son múltiples: pintura, fotografía, música, escritura, cine, teatro, danza y manualidades.

De la amplia variedad de actividades que la arte-terapia engloba, en el presente trabajo nos centraremos en una de ellas: la Expresión Corporal.

LA EXPRESIÓN CORPORAL

El movimiento es inherente a todo ser vivo. Históricamente ha sido utilizado como el medio de comunicación por excelencia, permitiendo expresar conflictos internos y sentimientos que las palabras, tal vez aún desconocidas, no podrían describir. Sucede lo mismo con el individuo al inicio de su historia personal. El bebé, que aún desconoce la palabra, utiliza el movimiento corporal para comunicarse con el mundo convirtiendo el cuerpo en su principal medio de expresión (26).

Cabe definir la expresión corporal (con minúscula) como: *"toda forma de expresión espontánea o cotidiana que traduce el dinamismo de nuestra presencia en el mundo, y cobra una forma personal en nuestra particular inserción socio-histórica y cultural"* (27) cuando esta actividad se convierte en una actividad organizada, con su propia autonomía la denominamos: Expresión Corporal (con mayúscula) (EC).

Definimos la EC tomando la definición de Patricia Stokoe como: *"un lenguaje paralingüístico por medio del cual el ser humano se expresa reuniendo en su propio cuerpo, el mensaje y el canal, el contenido y la forma"* (28).

La (EC) como tal, surge en Argentina a partir de los años 50 del pasado siglo. Aparece como respuesta a la opresión de dos guerras mundiales, así como una propuesta frente a la necesidad de nuevas pautas de relación entre las personas (27).

Patricia Stokoe, considerada la pionera de esta disciplina, se formó bajo la disciplina de la danza clásica, abriendo progresivamente el espectro hacia otros estilos tales como: la danza contemporánea, danzas folclóricas, entre otras. Posteriormente se introdujo en diversas técnicas de improvisación. Stokoe invita a su práctica bajo la expresión *"la danza al alcance de todos"* queriendo dar importancia a todos aquellos que querían simplemente disfrutar de bailar y crear sólo por placer, sin querer dedicarse profesionalmente al mundo de la danza (27).

En una revisión sistemática hallada, se aporta una revisión sobre la posible influencia positiva de la danza sobre la salud mental. Fue realizada entre febrero y mayo de 2013 incluyendo diversas bases de datos; sobre una base inicial de 1262 artículos se seleccionaron un total de quince artículos que co-

rrespondían con los criterios de inclusión del trabajo. Doce de los quince artículos hallaron que a través de un programa de intervención en danza los sujetos mejoraban los niveles de diferentes indicadores de salud mental tales como: estados de ánimo (depresión, ansiedad, estrés), relacionales sociales y con los padres, autoestima, emociones negativas, bienestar, salud autopercibida, confianza en sí mismo, autoimagen corporal y calidad de vida. De los quince artículos seleccionados ocho corresponden a adultos y uno de ellos a adultos con enfermedad mental en el que el resultado de esta intervención fue una mejora en la sintomatología ansioso depresiva (29).

Arguedas Quesada cita a Riveiro el cual expone que (30) *"el movimiento corporal se configura como un lenguaje propio sujeto a las condiciones fisiológicas, anímicas y espirituales que determinan el conjunto de su expresión"*.

El objetivo de esta técnica, según Stokoe, citada por Rodríguez Barquero es (28) : *"rescatar y desarrollar una condición intrínsecamente humana: la capacidad de absorber o recibir por su aparato sensorioceptivo impresiones del mundo interno y externo, y la de manifestar y comunicar respuestas personales propias de estas impresiones, por medio del cuerpo"*.

Son varios los beneficios (28, 29, 31) que se han descrito derivados de la práctica de la EC:

- Adquisición de inteligencia kinética: uso de todo el cuerpo o sus partes.
- Incremento de habilidades de: observación, físicas, cognitivas, de comunicación, sociales y afectivas.
- Fomento de la socialización.
- Mejora de la autoestima y del autoconcepto.
- Desarrollo y aumento de la creatividad.

Tres son los pilares fundamentales de la EC: la comunicación, la creatividad y el cuerpo-movimiento.

Ya que el objeto de estudio de este anteproyecto versa en la comunicación se pasa a continuación a profundizar en ella y su relación con la EC. En primer lugar la comunicación se define como un *"proceso mediante el cual un emisor activo intercambia mensajes con un receptor activo a través de un determinado canal"* (27). . Por lo que, es un proceso en el cual no interviene solamente la palabra sino que involucra, gestos, mímica, movimientos, actitudes corporales, entre otras.

Esta disciplina parte de la base que siempre estamos emitiendo mensajes, compartiendo significados, decodificando acciones, gestos, posiciones y movimientos. En la EC se aprende a interesarse a observar, recoger y darle importancia a cada pequeño movimiento y cada gesto como posibles generadores y transmisores y de información (27).

Esta faceta comunicativa constituye también una manifestación básica para el desarrollo y bienestar de la persona, ya que ayuda, entre otras cosas, a identificar y dar sentido a las propias necesidades y a las ajenas (32).

EL PAPEL DEL ARTETERAPEUTA

La intervención del terapeuta pasa por un acompañamiento no invasivo, discreto, desde una presencia activa, ajustada e intuitiva, estando al lado de la persona, acompañándole en su proceso de creación; sin prisas. Escogiendo las palabras, respetando las resistencias, estando atento a lo que manifiesta, sus demandas y sentimientos (33).

La dirección del acompañamiento marca la dirección de la relación arteterapéutica. Los caminos no están preestablecidos, no se fija un sendero, se acogen las producciones y se ofrece una orientación en el sentido de propiciar una mayor claridad. Se hacen sugerencias para ofrecer nuevas posibilidades y alternativas a la persona, que habla a través de sus producciones (33).

Los arteterapeutas proceden de diversos ámbitos: socioeducativo (profesores, logopedas, pedagogos, educadores, trabajadores sociales, etc.), artístico (pintores, bailarines, actores, músicos, etc.), sanitario y terapéutico (psicólogos, médicos, psiquiatras, enfermeros, etc.).

El enfermero como profesional sanitario, agente de salud y responsable de cuidados tiene el reto de contemplar los aspectos emocionales que rodean el proceso salud-enfermedad en todas sus fases y utilizar todos los medios para conseguir mayores beneficios para el paciente. Por lo que, si el arte se muestra como una herramienta útil no podemos descartarle como parte integrada en los cuidados enfermeros. Ya Florence Nightingale utilizó la música y la empleó como parte de los cuidados que prestó a los soldados heridos en la Guerra de Crimea a mediados del siglo XIX (34).

El enfermero tiene una herramienta de trabajo que es la metodología NANDA-NOC-NIC, considerada la taxonomía más difundida y aceptada tanto en el ámbito nacional como internacional (35).

El diagnóstico enfermero se define como *"un juicio clínico sobre las experiencias o respuestas de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud reales o potenciales"* (36). El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones enfermeras destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable.

La clasificación NOC (Nursing Outcomes Classification) consiste en un lenguaje consensuado que, previa identificación, comprobación y aplicación de términos y medidas comunes, permite una evaluación sistemática de los resultados enfermeros y su computarización. Un resultado del paciente susceptible a las intervenciones de enfermería se define como un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad, medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervención/es de enfermería. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores más específicos que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado (37).

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza el profesional enfermero para mejorar los resultados del paciente. Dentro de las intervenciones NIC están recogidas las actividades, que son aquellas acciones que las enfermeras realizan para llevar a cabo la intervención para que así se alcancen los resultados deseados. Dentro de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería nos encontramos una intervención denominada "Terapia artística" (4330), definida como *"la facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte"* (38). Dentro de estas formas de arte hemos seleccionado la Expresión Corporal como forma de expresión específica en la que se centrará la intervención.

De igual manera, el enfermero especialista en salud mental, en su práctica asistencial, puede contemplar terapias alternativas (ya sea como complemento o de forma específica), tales como la utilización de las artes plásticas: danza, pintura, música, etc.; así como la terapia asistida por animales, en la que se aprovechan los valores intrínsecos del animal para facilitar la labor terapéutica (39, 40).

Como mayor representante de la enfermería de salud mental tenemos a Hildegard E. Peplau. Esta expone que dos problemas importantes de los pacientes psiquiátricos son la comunicación y las dificultades de relación.

Para Peplau la práctica de la enfermería tiene lugar en el marco de una relación de la enfermera con los clientes (41).

Según esta autora la enfermera de calidad en el trabajo psiquiátrico requiere poca habilidad técnica y consiste, en gran medida, en la competencia ejercitada dentro de la relación que tiene la enfermera con el paciente. Peplau expone que la enfermería psiquiátrica consiste "*en el diagnóstico de las respuestas humanas de los clientes en relación con los problemas psicosociales y psiquiátricos que los apartan de la comunidad e impiden que lleven una vida sana en ella*". Problemas que son tratados por las enfermeras durante el curso de las relaciones enfermera-paciente (41).

Lo que ocurre entre las personas se transmite mediante intercambios verbales y no verbales. Una categoría no verbal son los lazos empáticos – habilidad para sentir en uno mismo los sentimientos que está experimentando la otra persona o personas en una misma situación. Varias sensaciones que surgen en la enfermera o en el paciente pueden comunicarse no verbalmente por medio de la transmisión empática hacia el otro (41).

Una categoría de relaciones no verbales incluye la transmisión de mensajes gestuales. Los mensajes transmitidos por la gesticulación del cuerpo de una persona son deducidos por la otra. Según Peplau las enfermeras deben desarrollar un máximo de percepción ante los mensajes transmitidos en sus gestos y en la postura del cuerpo (51).

Los pacientes psiquiátricos carecen de las competencias interpersonales necesarias para el trabajo relacionado con la búsqueda de la autocomprensión. Es la cualidad de la participación verbal de las enfermeras en sus interacciones con los pacientes lo que lentamente, estimula el desarrollo de esas competencias en los pacientes. Las competencias se desarrollan cuando las capacidades latentes son utilizadas por los pacientes. Penetrar en la interioridad de los pacientes y "forzarlos", de este modo, a utilizar estas capacidades constituye la finalidad de las enfermeras cuando hablan con ellos (41).

Es por todo lo señalado anteriormente, que existiendo varias formas de expresión (plástico, visual, corporal, musical, etc.) que asociadas a lo verbal pueden llevar a la persona a indagar en cómo se encuentra, escogemos de entre ellas la Expresión Corporal (EC). Esta parte de la base de que la utilización de medios artísticos puede ampliar la capacidad expresiva y comunicativa de los

pacientes, facilitando la expresión de su estado emocional, especialmente donde el lenguaje verbal se pueda encontrar limitado o bloqueado por distintas causas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. Madrid: RAE [citado 1 febrero de 2014]; [aprox. 1p.] Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=rae>
2. Padilla Moledo C. Comunicación no verbal: propuestas de danza. En: Secretaría General Técnica de Madrid, editor. Los lenguajes de la expresión. Instituto superior de formación del profesorado. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Madrid; 2003. pp. 217-229.
3. Wengrower H, Chaiklin S, (coords.) La vida es danza: el arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia. Barcelona: Gedisa editorial; 2010.
4. López Martínez MD. La intervención arteterapéutica y su metodología en el contexto profesional español [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2009.
5. Hernández Merino A. De la pintura psicopatológica al arte como terapia en España (1917-1986) [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad Politécnica de Valencia; 2009. [Citado 10 may 2013] Disponible en: <http://riunet.upv.es/handle/10251/5846>
6. Martínez Cabezón AC. Aplicación del arte en enfermedad mental grave. Beneficios de la realización de una actividad artística en el estado anímico de personas con psicosis. [Trabajo fin de máster] Madrid: Instituto Universitario de la Danza "Alicia Alonso". Universidad Rey Juan Carlos; 2011.
7. Aranguren M, León T. Arteterapia: sus fundamentos y beneficios de aplicación en la psicosis. En: libro de ponencias: III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación y VII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Departamento de publicaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires; 2011: 13-17.

8. Martínez Azumendi O (compilador). Cuadernos de psiquiatría comunitaria: arte y psiquiatría. Cuadernos de psiquiatría comunitaria [Revista online]. 2008 [citado 26 dic 2013]; 8(1). Disponible en: <http://www.aen.es/web/docs/Cuadernos8.1.pdf>
9. Araujo G; Gabelán G. Psicomotricidad y Arteterapia. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. [Internet]. 2010. [citado 24 jul 2013]; 13(4): [pp.307-319]. Disponible en: http://aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1291993952.pdf
10. Gómez Higuera J. Aplicación e integración del arte como terapia en los cuidados enfermeros. REDUCA [Internet]. 2009. [Citado 9 de may 2013]; 1(2): [pp.442-450]. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/72>
11. Meza Álvarez M. El Arte un camino para sanar. Avances de psicología [Internet]. 2010. [Citado 2 ene 2014]; 18(1): [pp. 77-84]. Disponible en: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/milagrosmeza.pdf>
12. Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP) coordinador. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007. Colección de documentos serie documentos técnicos número 21005.
13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Fórum de Salud Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnología i Recerca Mediques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
14. López Romero B. Arte terapia: otra forma de curar. Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas. [Internet]. 2004. [Citado 24 jul 2013]; (10): [pp.101-10]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2044648>
15. Pérez de la Rotta E. Técnicas de intervención dinámica y arte en pacientes con psicopatología severa. Revista de psicología. [Internet]. 2012 [Citado 5 may 2013]; 30(1): [129-168]. Disponible en: <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/2628>
16. Molina Amate N. Arteterapia en una unidad de cuidados paliativos. Estudio de tres casos clínicos. INSPIRA: Revista de la ATE (Asociación profesional española de arteterapeutas) [Internet]. 2013 [Citado 10 nov 2013]; 3(2013): [pp. 17-26]. Disponible en: <http://ateinspira.wordpress.com/numeros-antteriores/inspira-3/>
17. Blázquez A, Mierga J, Javierre C. Terapia a través de la danza y el movimiento en mujeres con cáncer de mama: el impacto psicofísico del proceso empático. rev_PSIC. 2011; 8(1): 31-43.
18. Rodríguez Cabedo N. Arteterapia: talleres de psicoestimulación a través del arte. Huelva: Excelentísima Diputación Provincial de Huelva; 2013.
19. Sánchez E. La danza como terapia: talleres de psicoestimulación a través del arte. Huelva: Excelentísima Diputación Provincial de Huelva; 2013.
20. Morales Roldán M. Vinculación en arteterapia: dos casos con rasgos autistas. INSPIRA: Revista de la ATE (Asociación profesional española de arteterapeutas) [Internet]. 2012 [Citado 10 nov 2013]; 2(2012): [pp. 5-25]. Disponible en: <http://ateinspira.wordpress.com/numeros-antteriores/inspira-2/>
21. Viñuelas Lorenzo A. "Cuando tu mente quiere una cosa y tu cuerpo hace otra". Arte-terapia y parálisis cerebral. Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social [Internet]. 2009 [Citado 10 nov 2013]; 4(2009): [pp. 97-107]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0909110097A/8779>
22. Lozano López JC. Estructuras internas, trazos abstractos. INSPIRA: Revista de la ATE (Asociación profesional española de arteterapeutas) [Internet]. 2012 [Citado 10 nov 2013]; 1(2012): [pp. 19-30]. Disponible en: <http://ateinspira.wordpress.com/numeros-antteriores/inspira-1/>
23. Guiote González A. Arteterapia y fibromialgia: lenguajes del cuerpo. Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. [Internet]. 2011 [Citado 10 nov 2013]; 6(2011): [pp. 119-33]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/37088/35893>
24. Sebiani L. Uso de la danza terapia en la adaptación psicológica a enfermedades crónicas (cáncer, SIDA, fibromialgia). Rev. Reflexiones. 2005; 84(1): 49-56.

25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº2007/05.
26. Salas Calderón S. Psicoterapia del movimiento. Herramienta terapéutica con pacientes esquizofrénicos. Actualidades en psicología [Internet]. 2007. [Citado 21 jun 2013]; 21(108): [pp. 97-115] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133212641005>
27. Kalmar D. Qué es la Expresión Corporal. A partir de la corriente de trabajo creada por Patricia Stokoe. Buenos Aires: Lumen; 2005.
28. Rodríguez Barquero V. El mejoramiento de la salud a través de la expresión corporal: un enfoque holístico. Revista reflexiones [Internet]. 2008 [Citado 11 may 2013]; 87(1): [pp. 127-137]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72912553009>
29. Padilla Moledo C, Coterón López J, ¿Podemos mejorar nuestra salud mental a través de la danza? : una revisión sistemática. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. [Internet] 2013 [Citado 9 feb 2014]; 24(2013): 167-170. Disponible en: http://www.retos.org/numero_24/194-197.pdf
30. Arguedas Quesada C. La Expresión Corporal y la transversalidad como un eje metodológico construido a partir de la expresión artística. Revista Educación [Internet]. 2004. [Citado 10 may 2013]; 28(1): [pp. 123-131]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44028110>
31. De Rueda Villén B, López Aragón CE. Música y programa de danza creativa como herramienta de expresión de emociones. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación. [Internet]. 2013 [Citado 9 feb 2014]; 24 (2013): 141-48. Disponible en: http://www.retos.org/numero_24/141-148.pdf
32. Caballer A, Oliver MJ, Gil JM. Escala de expresión/ comunicación corporal para estudiantes universitarios. Revista de Investigación Educativa [Internet]. 2005 [Citado 31 dic 2013]; [pp. 237-22]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283321951002>
33. Bassols M. El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social, Norteamérica [Internet]. 2006 octubre. [Citado 23 jul 2013]; 1: [pp.19-25]. Disponible en: <http://revis-tas.ucm.es/index.php/ARTE/article/view/ARTE0606110019A>
34. Nightingale F. Notas de enfermería. Barcelona: Sawat; 1990.
35. Ugalde Apalategui, M, Lluch Canut, M.T. (Editoras.). Estudio multicéntrico del uso y utilidad de las taxonomías enfermeras en unidades de hospitalización psiquiátrica. Informe de trabajo publicado bajo licencia Creative Commons. Dipositivo Digital de la Universitat de Barcelona, apartat Recerca. 2011. [Citado 19 dic 2013]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/19207>
36. Herdman H (editora). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier Mosby; 2013.
37. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E (edits.) Clasificación de Resultados de Enfermería. 4ª edición. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
38. Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Butcher H. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 5ª edición. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
39. Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM). XXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Cuidados desde una dimensión positiva. Rev. Presencia [Internet]. 2010 [Citado 17 dic 2013]. 6(11). Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n11/p0159.php>
40. Castro Cereceda T, Martí Merlo AB, Carralero Montero A, Pérez Buenaventura L, Fariñas Valina N, Simón Navarrete ME. Intervención enfermera: terapia artística. En: Libro de Ponencias de XXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental. Madrid; 2010.
41. Werner O'Toole, Rouslin Welt S. Teoría Interpersonal en la práctica de la enfermería. Trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau. Barcelona: Masson; 1996.

HIPÓTESIS

La intervención de Expresión Corporal mejora la capacidad expresiva en pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar la efectividad de la intervención de Expresión Corporal sobre la capacidad expresiva en pacientes con diagnóstico de trastorno mental grave atendidos en el Centro de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico José Germain (Leganés).

Objetivos específicos

- Valorar si la intervención de Expresión Corporal mejora la capacidad expresiva no verbal en personas con trastorno mental grave.
- Valorar si la intervención de Expresión Corporal mejora la capacidad expresiva verbal en personas con trastorno mental grave.
- Determinar si la intervención de Expresión Corporal mejora las habilidades sociales de las personas con trastorno mental grave.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Para alcanzar el objetivo propuesto se ha diseñado un estudio cuasiexperimental longitudinal antes y después de medidas repetidas, ya que la realización de un ensayo clínico aleatorizado no es posible por la no existencia de un grupo de comparación al no existir grupos con características similares al grupo que planteamos.

Ámbito de estudio

Centro de Salud Mental del Instituto Psiquiátrico José Germain (Leganés).

Sujetos de estudio

Pacientes que acudan al Centro de Salud Mental (CSM) de Leganés que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Ser mayor de edad.
- Diagnóstico de Trastorno Mental Grave (TMG).
- Paciente con diagnóstico enfermero de "deterioro de comunicación verbal" (00051) que queda definido como: "la disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos" y que tenga una o más de las siguientes características definitorias:
 - Falta de contacto ocular.
 - Dificultad para expresar los pensamientos verbalmente.
 - Dificultad para usar las expresiones corporales.
 - Dificultad para usar las expresiones faciales.
 - Incapacidad para usar las expresiones corporales.
 - Incapacidad para usar las expresiones faciales.

Y que esté relacionado con los siguientes factores relacionados:

- Alteración del autoconcepto.
- Baja autoestima crónica.
- Condiciones emocionales.
- Barreras psicológicas.
- Baja autoestima situacional.

Criterios de exclusión

- Limitación física o sensorial que impida realizar la actividad.

- Sintomatología psiquiátrica que no permita seguir de forma adecuada el grupo.
- Existencia de barrera idiomática, no entender ni hablar el castellano.
- Que acudan a cualquier otra terapia grupal dentro del CSM.

Tamaño muestral

Para la determinación del tamaño muestral se realizará un pilotaje previo para determinar la correlación entre las medidas repetidas, en función de este dato, se calculará el tamaño muestral. En cualquier caso, se estima que el tamaño de la muestra no será superior a los 72 sujetos. Se ha asumido una varianza error de 0,1, y se ha utilizado la aplicación informática R-project.

Los sujetos serán seleccionados mediante un muestreo consecutivo hasta alcanzar el tamaño muestral.

Variables del estudio

Variable independiente

- Intervención de Expresión Corporal.

La intervención grupal constará de 10 sesiones de Expresión Corporal dirigidas por una enfermera especialista en salud mental que estará presente en cada una de las sesiones. Se impartirán con una frecuencia semanal y una duración de 90 minutos, aplicándose a grupos cerrados de 10 personas cada uno.

Variables dependientes

- Expresión verbal.
- Expresión no verbal.
- Habilidades de interacción social.

Variables control

- Sexo.
- Edad.

Desarrollo del estudio

En primer lugar, una vez planteada la propuesta del proyecto, esta deberá pasar el comité ético del hospital. Tras esto, y una vez que haya dado el visto bueno, se convocaría una reunión con la dirección del centro y el responsable del Centro de Salud Mental (CSM) para presentar el anteproyecto. El siguiente paso sería convocar una reunión en el CSM.

A la reunión del CSM se invitará a todos los miembros del equipo: psiquiatras, psicólogos, enfermeras, residentes de psiquiatría, psicología y enfermería, si estuviesen rotando por el dispositivo y trabajadores sociales. En dicha reunión, se informará al equipo de la realización del anteproyecto de investigación poniendo especial énfasis a los objetivos que se pretenden conseguir. Asimismo, se explicarán los criterios de inclusión y de exclusión con el fin de que puedan conocer cuál es el perfil de pacientes que pueden derivar al grupo. La derivación al grupo se realizará mediante la hoja de derivación a grupos que el CSM tiene elaborada (**Anexo 1**). También se entregará el número de contacto y el correo electrónico del investigador para responder a las posibles dudas que les pueda surgir.

Una vez los profesionales deriven pacientes al grupo, la enfermera responsable de dirigir el grupo de EC, irá llamando a los pacientes citándolos para una entrevista individual.

En la entrevista, se informará al paciente de que se va a realizar un grupo con el objetivo de mejorar la capacidad expresiva tanto verbal como no verbal; se informará sobre el número de sesiones, su frecuencia y su duración. Al final de la entrevista se aportará el consentimiento informado (**Anexo 2**), con la hoja informativa (**Anexo 3**) correspondiente, por el que aceptan participar en el estudio. Se les dará el tiempo suficiente para tomar la decisión, se estima el plazo de un mes para su entrega.

El reclutamiento se hará hasta alcanzar el tamaño muestral estimado.

Cuando el consentimiento informado esté firmado se procederá a formar los grupos y a llamar por teléfono a los componentes para informarles del día y la hora de inicio del grupo.

Al tener un tamaño muestral aproximado de 72 persona, se realizarán un total de siete grupos. Los grupos se irán realizando en cuanto se tenga el número de participantes necesarios,

diez pacientes. Únicamente podrán coincidir dos grupos en funcionamiento, para no interferir en el funcionamiento normal del centro y no coincidir en el mismo horario que otros grupos que ya se lleven a cabo allí.

Se realizarán un total de diez sesiones con una frecuencia semanal. Cada sesión tendrá una duración de 90 minutos. Cada sesión estará dividida en cinco partes:

- Una primera parte donde se recordará lo trabajado en la sesión anterior y si alguien lo precisase, se dará un espacio para compartir si ha pasado algo que sea relevante desde la última sesión.
- Una segunda parte donde los participantes y la enfermera responsable del grupo formarán un círculo y cada miembro del grupo compartirá cómo se siente emocional y corporalmente.
- La tercera parte consiste en un calentamiento. En esta fase nos pondremos todos en círculo. En el calentamiento se fomenta la toma de contacto con las propias percepciones corporales y la conciencia espacial y corporal. Esta fase será, en su mayoría, guiada por el terapeuta principal y consistirá en la movilización progresiva y consciente del cuerpo mediante un calentamiento de los distintos grupos articulares y musculares.
- Fase central. En esta fase la estructura del grupo, hasta ahora circular, se rompe y adoptará diversas formas. Esta parte será diferente en cada sesión. Se dará pie al juego, la improvisación, la libre expresión y la manifestación de diversas cargas emocionales a través de diversas dinámicas.
- La cuarta fase: "el cierre". Aquí el grupo vuelve a formar un círculo y se vuelve a dar protagonismo a lo verbal compartiendo su experiencia en el grupo y lo experimentado en la sesión. Es una fase importante ya que el significado individual es compartido con el grupo.

En el **Anexo IV** se explica de forma más detallada los objetivos y el desarrollo de las sesiones.

Recogida y análisis de los datos

Se llevará a cabo teniendo únicamente en cuenta a los sujetos que hayan asistido al menos al 80 % de las sesiones. Los grupos se mantendrán al menos

que haya menos de tres personas en él; si ocurriese esto, las personas que quedasen se redistribuirían en otro grupo, no pudiendo haber más de doce personas dentro de uno.

Para la evaluación de la intervención se utilizarán dos criterios de resultado NOC. Por un lado el NOC: "comunicación" (0902), definido como: "*la recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos o no verbales*" (49).

Por parte del criterio de resultado NOC "comunicación" (0902), usaremos los siguientes indicadores:

- (090202) Utiliza el lenguaje hablado.
- (090205) Utiliza el lenguaje no verbal.
- (090207) Dirige el mensaje de forma apropiada.
- (090208) Intercambia mensajes con los demás.

Los indicadores de los resultados del paciente se miden a través de una escala tipo Likert de cinco puntos que indica el estado del resultado. Esta escala es la siguiente: 1 gravemente comprometida; 2 sustancialmente comprometida; 3 moderadamente comprometida; 4 levemente comprometida y 5 no comprometida.

Por otro lado utilizaremos el criterio de resultado: "habilidades de interacción social" definido como "*conductas personales que fomentan las relaciones eficaces*" (49). Usaremos los siguientes indicadores:

- (150202) Receptividad si es apropiado o si procede.
- (150203) Cooperación con los demás.
- (150205) Uso de la asertividad si procede.
- (150211) Parecer relajado.
- (150212) Relaciones con los demás.
- (150215) Comprometerse.

Los indicadores del resultado "habilidades de interacción social" se miden con la siguiente escala: 1 nunca demostrado, 2 raramente demostrado, 3 a veces demostrado, 4 frecuentemente demostrado y 5 siempre demostrado.

Siguiendo las recomendaciones y para así evitar la tendencia de evaluar hacia los valores medios, se duplicarán los valores y la escala irá del 1 al

10; donde 1 será el valor nunca demostrado, y 10, siempre demostrado.

Ambas escalas serán pasadas por su terapeuta de referencia (psiquiatra o psicólogo), las mediciones las realizará siempre el mismo profesional para cada persona. Se realizará una medición pretest antes de que diese inicio el grupo. Asimismo se obtendrán dos mediciones intermedias y una a la finalización del grupo.

El análisis de los datos se realizará mediante un análisis de la varianza (ANOVA) de medidas repetidas.

Limitaciones del estudio

- Debido a que planteamos la realización de un estudio cuasiexperimental, la validez externa del proyecto será más limitada y el grado de evidencia aportado de los resultados será menor que si hubiese sido un ensayo clínico aleatorio (ECA).
- Puede presentarse el sesgo de "deseabilidad social", es decir, que los sujetos respondan y evalúen en función de lo que se espera de ellos. Sin embargo este sesgo puede aparecer tanto en la evaluación previa a la intervención como en las posteriores y lo que realmente se va a determinar en el estudio son las diferencias entre las mediciones.
- Pérdida de participantes por negación a participar, o por otras causas (descompensaciones, bajas voluntarias, expulsión del programa por conductas inadecuadas, etc.). Si en un grupo hubiese menos de tres personas, por lo que no se consideraría grupo, estas personas se reubicarían en otros grupos, siempre que estos no superen los doce componentes.
- La clasificación de resultados de enfermería (NOC) aunque resulte desconocida por los profesionales que la apliquen, esto se subsanará reuniéndose con ellos e instruyéndoles en su manejo.

Consideraciones éticas y legales

- En primer lugar el proyecto deberá pasar por el Comité Ético del centro. Posterior a esto se pondrá en conocimiento de la Dirección Médica y de Enfermería y de la Gerencia del centro de la realización del proyecto, recabando así los permisos convenientes.

- Al utilizar música en las sesiones, se pedirán y tramitarán los permisos necesarios a la Sociedad General de Autores y Editores (SGAE).
- Con el fin de respetar el principio de autonomía de los sujetos participantes, se aportará en la entrevista individual un modelo de Consentimiento Informado descrito en el **Anexo 2** para que los sujetos tengan la oportunidad de elección. Asimismo se aportará junto al consentimiento una hoja informativa descrita en el **Anexo 3** con un lenguaje comprensible.
- En caso de incapacidad legal, se solicitará por escrito el consentimiento de la persona implicada así como de su tutor legal.
- De acuerdo con el Principio de Justicia, los sujetos serán seleccionados atendiendo únicamente a los criterios de selección establecidos y expuestos anteriormente. Asimismo se explicará que, ni aquellos sujetos que participen tendrán un trato de favor, ni los que rehúsen participar o abandonen serán de algún modo perjudicados por este hecho.

Utilidad práctica

- Si se corrobora la hipótesis del estudio, la técnica de Expresión Corporal podría utilizarse como una intervención enfermera eficaz para la mejora de la capacidad expresiva tanto verbal como no verbal en pacientes con trastorno mental grave. Asimismo se facilitaría un lenguaje alternativo al lenguaje verbal como es un canal de comunicación como el cuerpo.
- Igualmente se potenciarían aspectos relacionados con los pacientes en relación con el medio y las personas que les rodea, utilizando la expresión corporal como un medio que ayuda a la mejora de esa interacción.
- Con este estudio además, se pretende fomentar el uso del lenguaje enfermero y concretamente del uso de la metodología NANDA-NOC-NIC en el campo de la investigación enfermera.
- Los resultados de la investigación serán difundidos en congresos de Enfermería en Salud Mental. Además, se procederá a su publicación en revistas científicas de Investigación en Enfermería y de Enfermería en Salud Mental, para facilitar el acceso a esta información a los profesionales.

CRONOGRAMA

Primera etapa o fase preintervención	3 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Comité ético. • Reunión con la Dirección Médica, la Dirección de Enfermería y la Gerencia del Instituto Psiquiátrico y de Servicios de Salud Mental José Germain, así como con el responsable del Centro de Salud Mental para pedir los permisos correspondientes. • Permisos a la SGAE. • Reunión con los miembros del equipo del Centro de Salud Mental. • Instrucción a los profesionales que vayan a aplicar la escala NOC . • Captación de los posibles sujetos de estudio, entrevistas individuales, entrega y recogida del consentimiento informado. • Diseño y preparación de los grupos. 	
Segunda etapa o fase de intervención	Aproximadamente 12 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Se pasará las dos escalas NOC "comunicación" y "habilidades de interacción social". • Puesta en marcha de la intervención. • Mediciones intermedias. 	
Tercera etapa: análisis de los datos y elaboración de resultados	4 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de los datos obtenidos y elaboración de resultados. • Elaboración de la discusión. • Redacción del informe final de la investigación. 	
TIEMPO TOTAL	19 meses
Divulgación de los resultados	
<ul style="list-style-type: none"> • Publicación del proyecto en revistas de enfermería, investigación en enfermería y enfermería en salud mental. • Divulgación de los resultados en foros de enfermería de salud mental y en el Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental así como en el internacional. 	

PRESUPUESTO

1) Gastos de ejecución	Adquisición de bienes y contratación de servicios (Inventariable, fungible y otros)	
1. Material informático (ordenador, Office, pen drive, impresora y fotocopidora).		1.000,00 €
2. Material de oficina (folios, fotocopias, carpetas, bolígrafos, agenda, etc.).		200,00 €
3. Equipo de música y cds.		150,00 €
4. Material para las sesiones (esterillas, pelotas de gomaespuma tamaño balón de fútbol).		400,00 €
5. Diseño y elaboración de la base de datos estadística.		800,00 €
6. Introducción de los datos.		2.400,00 €
7. Apoyo estadístico para el análisis de los datos.		1.500,00 €
8. Trámites con la Sociedad General de Autores y Editores: cuantía mínima mensual en establecimientos sanitarios: 19,49 € x 12 (meses).		233,88 €
	SUBTOTAL	6.683,88 €
2) Viajes y dietas		
1. Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental (inscripción, viaje y dietas)		700,00 €
	SUBTOTAL	700,00 €
	TOTAL AYUDA SOLICITADA	7.383,88 €

ANEXO 1

HOJA DE DERIVACIÓN

Nombre del paciente: _____ Número de historia clínica: _____

Teléfono/s: _____ Nombre del derivante: _____

Fecha en la que se realiza la derivación: _____

Derivación a: _____

Observaciones: _____

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado: "efectividad de la expresión corporal para la mejora de la capacidad expresiva en pacientes con trastorno mental grave"

Yo, Sr. /Sra..... Con DNI..... declaro haber sido informado por como enfermera especialista en Salud Mental y responsable del estudio, para participar en dicho estudio de investigación que se va a realizar próximamente con el objetivo de mejorar la capacidad expresiva verbal y no verbal.

He sido informado de que el estudio se llevará a cabo mediante la participación en un grupo. En el transcurso del mismo se desarrollarán diversas dinámicas de expresión corporal. Todos los participantes del grupo podrán expresar de forma libre sus opiniones sobre los distintos temas que se traten en el mismo.

La información que se obtenga de este estudio será anónima y siempre manteniendo la confidencialidad, pudiendo ser usada sólo a efectos científicos. De igual manera, entiendo que debo mantener una absoluta confidencialidad de todos los temas tratados en el grupo.

Así mismo, acepto participar libre y voluntariamente en dicho estudio y declaro haber comprendido el objetivo, la metodología y el carácter voluntario del estudio; pudiendo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento.

En..... A..... de..... de 201...

Firma del participante/ firma del investigador.

Revocación del consentimiento informado por parte del participante

En..... A..... de..... de 201...

Firma del participante/ firma del investigador.

ANEXO 3

HOJA INFORMATIVA

Efectividad de la expresión corporal para la mejora de la capacidad expresiva en pacientes con trastorno mental grave

La finalidad de la información que le proporcionamos es la de obtener su participación en el estudio "efectividad de la expresión corporal para la mejora de la capacidad expresiva" que se va a llevar a cabo en el Centro de Salud Mental de Leganés.

El objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de la intervención de Expresión Corporal sobre la capacidad expresiva tanto verbal como no verbal. Se realizará un grupo con una frecuencia semanal y de una duración de 90 minutos donde se realizarán diversas dinámicas grupales relacionadas con la Expresión Corporal.

Sus datos personales serán tratados de forma confidencial, respetándose en todo el momento los derechos y los deberes que establece la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter personal y el RD 994/99 de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. Sólo las personas responsables de la elaboración del estudio tendrán acceso a los datos que se deriven de su participación en el mismo.

Si decide participar en el estudio debe saber que dicha participación no supone ningún riesgo para su salud y no se verá sometido a ninguna prueba complementaria.

En todo momento el carácter de su participación será voluntario, teniendo en todo momento la posibilidad de retirarse del mismo, sin que por ello se altere la relación terapéutica ni se produzca perjuicio en el tratamiento del paciente.

Si ha llegado a este punto su decisión es la de no participar, sólo nos queda darle las gracias por el tiempo concedido.

ANEXO 4

DISEÑO DE LAS SESIONES

1ª sesión: Presentación

Objetivos

- Establecer una primera toma de contacto entre el profesional y los pacientes.
- Explicar cómo se van a desarrollar las sesiones.

Temas a tratar

- Presentación de la enfermera especialista en salud mental responsable del grupo.
- Presentación de los pacientes que conforman el grupo.
- Explicación por parte de la responsable del grupo las normas de funcionamiento del grupo: puntualidad, respeto, escucha y compromiso con uno mismo y con la actividad).
- Explicación de las distintas partes de las que constarán las sesiones: apertura del grupo, "chequeo emocional", calentamiento, dinámica central y cierre.
- Explicación de conceptos e ideas relacionadas con la Expresión Corporal. *"Debemos entender la expresión corporal como una actividad humana que desarrolla las formas organizadas de expresividad que se aplica a través de la composición del cuerpo, la música, el ritmo y del conjunto de una serie de actos psicomotores, afectivos, relacionales y cognitivos". "Las dinámicas que esta incluye pretenden lograr la manifestación o exteriorización de sentimientos, sensaciones e ideas; de comunicación y desarrollo del sentido estético del movimiento". "Como personas, cotidianamente estamos en la búsqueda de un bienestar psico-corporal. A través del aprendizaje de diversos códigos podremos complementar nuestra forma de comunicación verbal". "Asimismo la EC facilita el proceso de libre expresión y comunicación a partir del conocimiento del propio cuerpo, del manejo del espacio, de los materiales y del fortalecimiento de la autoconfianza".*
- Resolución de posibles dudas.

2ª sesión: "Técnicas expresivas"

Objetivos

- Trabajar la conciencia espacial.
- Fomentar el movimiento libre y fluido.
- Descubrir posibilidades de movimiento.
- Superar inhibiciones y rigideces.

Dinámicas

- Exploración del espacio: en un espacio delimitado y con soporte musical todos los participantes deberán andar por el espacio siguiendo una serie de consignas: hacia delante, hacia detrás, en diagonal, hacia arriba, hacia abajo; cubriendo todos los espacios; por el centro de la sala, por la periferia; saltando, de puntillas, con los talones; lento, rápido; acompañado, en círculo y formando filas. Estas consignas serán lanzadas de forma progresiva, dejando un tiempo prudencial entre cada una y combinando varias de ellas y así trabajar capacidades cognitivas como la atención.
- Imitación: se asignará un número a cada paciente, estos se desplazarán en un primer momento andando de forma neutra. El coordinador de la actividad ira diciendo números y el participante asignado con tal número empezará a moverse libremente y el resto tendrá que seguirle.

3ª sesión: "La palabra se convierte en movimiento"

Objetivos

- Ser conscientes de si nuestra actitud corporal está en sincronía con nuestro estado anímico.

Dinámicas

- Se dará la consigna de que elijan una única palabra o expresión que identifique cómo se encuentran en ese instante. Con esa palabra que traduce una determinada emoción, sentimiento o pensamiento se moverán conectando con la música que suene, con el cuerpo y con el espacio. Asimismo se podrá interactuar con los compañeros, usar los materiales disponibles en la sala. En un determinado momento se parará la música y se dará la indicación de convertirse estatuas, *"deberéis adoptar una postura que esté acorde con vuestro estado actual". "Pensar en cómo os sentís ahora, qué sensaciones os invaden"*.
- Se compartirán esas sensaciones y si ha cambiado su estado, respecto al inicial se pedirá que expliquen el porqué.

4ª sesión: "Técnicas expresivas"

Objetivos

- Ser conscientes de si nuestra actitud corporal está en sincronía con nuestro estado anímico.
- Fomentar las habilidades sociales.
- Fomentar las relaciones entre los componentes del grupo.

Dinámicas

- Se repartirá a cada uno de los participantes una tarjeta, estas tendrán escrito un sentimiento según el cual se tendrán que mover durante unos minutos. No se enseñarán las tarjetas al resto de compañeros. Posteriormente tendrán que adivinar según qué emoción o sentimiento se estaban moviendo sus compañeros.
- Variación de la dinámica anterior: se repartirá una tarjeta a cada participante. Todas las tarjetas estarán duplicadas. Se moverán durante unos minutos según lo que esté escrito en la tarjeta que les haya tocado y tendrán que buscar a su pareja y moverse con ella. Al finalizar, el resto de parejas deberá adivinar según que sentimiento se movía el resto.
- Variación de la dinámica anterior: buscar al contrario.

5ª sesión: "Movimiento expresivo guiado: la alegría"

Objetivos

- Ser conscientes de cómo comunicamos corporalmente diversos sentimientos.

Dinámicas

- *"Vamos a trabajar corporalmente con sentimientos de alegría"*. Se pedirá que conecten con escenas que les haya producido alegría y que recuerden el cómo han expresado corporalmente ese momento.
- Se hará trabajo gradual, trabajando distintas intensidades de la emoción.
- Durante varios minutos los pacientes deberán moverse acorde a esta carga emocional. Se tendrá el apoyo de la música.

6ª sesión: "Movimiento expresivo guiado: el enfado"

Objetivos

- Ser conscientes de cómo comunicamos corporalmente diversos sentimientos.
- Ser conscientes de las sensaciones corporales que sentimos cuando estamos relajados.

Dinámicas

- Se pedirá que conecten con situaciones que les enfaden o que no sean de su agrado y que recuerden cómo han expresado corporalmente situaciones de enfado. Durante varios minutos los pacientes deberán moverse acorde a esta carga emocional. Se tendrá el apoyo de la música.
- Asimismo se explicará que no van a mantener durante toda la sesión esa sensación de enfado, si no que corporalmente van a ir buscando una situación de serenidad, pensando en cómo se han ido resolviendo esas sensaciones de enfado.
- La sesión finalizará con una sesión de relajación, basada en la técnica de entrenamiento autógeno para así ser capaces posteriormente de verbalizar las diferencias que aparecen en nuestro cuerpo cuando estamos enfadados y cuando estamos relajados.

7ª sesión: "Movimiento expresivo guiado: desconfianza vs confianza"

Objetivos

- Ser conscientes de cómo comunicamos corporalmente diversos sentimientos.
- Fomentar las relaciones entre los componentes del grupo.

Dinámicas

- Se dará la consigna de que deben ponerse en situación o conectar con una experiencia en la cual hayan pasado por un proceso en el cual han empezado desconfiando y poco a poco, progresivamente, se hayan abierto y se hayan permitido confiar en uno mismo y en su entorno.
- Durante varios minutos los pacientes deberán moverse acorde a esta carga emocional. Se tendrá el apoyo de la música.
- Para trabajar la confianza en el otro se terminará la sesión con un masaje en parejas con pelotas de gomaespuma.

8ª sesión: "Creación de un personaje"

Objetivos

- Explorar diversas modalidades de movimiento.

Dinámicas

- Se utilizarán dos sesiones para el desempeño de esta actividad.
- Se dará la consigna de que a lo largo de dos sesiones van a crear un personaje. Empezarán moviéndose por la sala de forma neutra y tendrán que ir siguiendo diversas consignas. Entre consigna y consigna se dejará unos minutos para que los pacientes interioricen las diversas características que se les irá pidiendo.

Consignas

- ¿Cómo anda mi personaje? - ¿Cómo se mueve?
- ¿Cómo saluda mi personaje? - Quietud.

9ª sesión: "Creación de un personaje"

Objetivos

- Continuar con la sesión anterior incorporando elementos nuevos.

Dinámicas

- En esta sesión se repetirán las consignas de la sesión pasada y además se añadirán dos nuevas:
 - ¿Cómo anda mi personaje? • ¿Cómo se mueve?
 - ¿Cómo saluda mi personaje? • ¿Cómo se siente mi personaje?
 - ¿Cómo interacciona? • Quietud.

10ª sesión: "El cierre"

Objetivos

- Repasar las actividades realizadas en las sesiones anteriores.
- Compartir la experiencia vivida.

Temas a tratar

- Resumen de las actividades realizadas.
- Valoración personal de las experiencias aprendidas y de los logros obtenidos.
- Refuerzo, presencia y escucha por parte del coordinador del grupo.
- Fomentar la importancia de incorporar lo aprendido en su vida cotidiana.
- Agradecer su participación.
- Despedida.