

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

ARTETERAPIA PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POST-ICTUS

Realizado por: Tania N. Buendía

Dirigido por: Dra. Clara Mateu Martínez i Dra. Meritxell Campreciós

Julio 2021

“La creatividad es tan anciana como la humanidad misma”

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Objetivos	10
Descripción de la intervención	11
Agentes implicados	11
Procedimiento.....	12
Estructura del contenido de las sesiones	15
Discusión	24
Conclusiones	26
Referencias	27
Apéndice.....	34
Apéndice A: Consentimiento Informado	35
Apéndice B: Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)	36
Apéndice C: Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud (WHOQOL-BREF)	37
Apéndice D: Escala de Autoestima de Rosenberg	40
Apéndice E: Mini Examen Cognoscitivo (MEC)	41

Resumen

La depresión post-ictus (DPI) es el trastorno afectivo más común en los pacientes que han sufrido un Accidente Cerebrovascular (ACV). Sin embargo, es de los factores menos tratados en rehabilitación. Este trabajo propone un programa grupal de Arteterapia para adultos entre 55 y 65 años que hayan sufrido un ictus de tipo isquémico y se encuentren en la fase subaguda de la enfermedad. El objetivo del programa es prevenir la aparición de la sintomatología depresiva en los pacientes y potenciar su autonomía y calidad de vida. El programa tiene una duración de 3 meses con sesiones semanales de 90 minutos cada una, basadas en el desarrollo de habilidades sociales, logros personales y el aumento de la confianza en uno mismo. Se ha diseñado en detalle para poder brindar una herramienta a los profesionales de la salud mental como respuesta a la necesidad de prevención de la DPI.

Palabras claves: terapia de grupo, Arteterapia, ictus isquémico, depresión post-ictus, Accidente Cerebrovascular, fase subaguda

Abstract

Post-stroke depression (PSD) is the most common affective disorder in patients who have suffered a Cerebrovascular Accident (CVA). However, it is one of the factors least treated in rehabilitation. This work proposes a group Art therapy program for adults who have suffered an ischemic stroke and are in the subacute phase of the disease. The aim of this program is to prevent the appearance of depressive symptoms in patients and to enhance their autonomy and quality of life. The program lasts 3 months with weekly sessions of 90 minutes each, based on the development of social skills, personal achievements and the increase of self-confidence. It has been designed in detail to provide a tool for mental health professionals in response to the need for PSD prevention.

Keywords: group therapy, Art therapy, ischemic stroke, Post-stroke depression, Cerebrovascular Accident, subacute phase

Introducción

El Accidente Cerebro Vascular (ACV), también conocido como ictus, embolia cerebral o trombosis cerebral es la enfermedad neurológica más común (Moyano, 2010) además de ser la tercera causa de muerte por enfermedad no transmisible (Mesa et al., 2016) y la primera de discapacidad en adultos mayores de 60 años (Gallego, 2020).

Actualmente, se estima que la prevalencia es de 600 casos/100.000 habitantes (Bender del Busto, 2019) y que cada año 17 millones de personas sufren un ACV, de las cuales 5 millones quedan con secuelas que les genera algún tipo de discapacidad y que repercuten en su calidad de vida.

El envejecimiento de la población es el factor de riesgo no modificable más importante (Fernández et al., 2018), ya que la enfermedad es más frecuente a partir de los 55 años y el riesgo aumenta de dos a tres veces por cada década más, siendo el 70% de los casos en personas mayores de 65 años (Bender del Busto, 2019; Sorribes et al., 2005).

Tomando en cuenta los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), para el año 2050 habrá más de dos mil millones de personas que sobrepasen los 60 años de edad, siendo la mayoría de ellas octogenarias y nonagenarias. Esto significa que más del 45% de la población podría padecer un ACV.

Las lesiones que deja el ACV a nivel cerebral son variadas, ya que estas dependen de la localización, gravedad y duración de la afectación (Arellano & Miralles, 2002). Asimismo, la evolución de los síntomas y el pronóstico es diferente en cada persona, por lo

que las secuelas pueden afectar, en menor o mayor medida, la discapacidad de cada paciente.

De acuerdo con datos de la OMS (2006), las dificultades de ámbito psicosocial son más frecuentes que las dificultades físicas, lo que influye directamente en las actividades sociales, la participación y las actividades de la persona.

Entre las afectaciones del ACV más comunes pero menos tratadas se encuentran las cognitivas y afectivas (Espárrago et al., 2015), siendo la depresión el trastorno afectivo más frecuente tras un ACV (Carod-Artal, 2006). La depresión post-ictus (DPI) es considerada el factor más influyente en la recuperación y rehabilitación de los pacientes con ictus (Espárrago et al., 2015). Se estima que entre el 30 y el 40% de los pacientes padecen depresión, sin embargo, esta no es tratada debido al infra diagnóstico que existe como consecuencia de la confusión entre la sintomatología propia del ictus y la de la depresión. La DPI suele manifestarse con llantos, aislamiento social, labilidad emocional, irritabilidad y sentimientos de inutilidad que alteran la esfera emocional, cognitiva y comportamental de la persona, influyendo de manera negativa en su entorno familiar, laboral y social (Lázaro, 2018).

El ictus juega un papel importante en la calidad de vida de los pacientes, ya que interfiere en el desarrollo de las actividades diarias, desde de las más sencillas hasta las que requieren de un mayor esfuerzo por parte de la persona. Se estima que un 44% de los casos requieren de ayuda y/o supervisión de otra persona para llevar a cabo algún tipo de actividad básica (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). En la mayoría de los casos, la persona se ve obligada a abandonar sus actividades laborales debido a las limitantes, ya sean físicas o cognitivas, que deja enfermedad. Esta dependencia provoca que la persona experimente pensamientos, emociones y sentimientos de miedo, frustración,

incertidumbre y fracaso respecto a su estado actual y su futuro, lo cual puede convertirse en depresión.

La intervención terapéutica, junto con otros profesionales de la salud, se vuelve imprescindible para prevenir la aparición de la sintomatología depresiva en los pacientes post ictus. Está comprobado que el seguimiento y la valoración multidisciplinar influyen de manera positiva en la evolución de la enfermedad, disminuyendo la probabilidad de mortalidad y dependencia del sujeto (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

La mayoría de los programas existentes se centran en el uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC), la cual se basa en la modificación de pensamientos negativos, creencias disfuncionales y conductas desadaptativas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, 2014). Sin embargo, en el caso de adultos y personas mayores, estudios arrojan mejores resultados de los programas que se centran en la mejora de las habilidades sociales y las competencias (Jané-Llopis, 2004).

A través de las herramientas no verbales como el dibujo o el baile, la persona puede expresar aquello que le resulta difícil decir con palabras, dando así otra perspectiva y significado a sus sentimientos y emociones. Además, implica el uso de recursos propios, lo que aumenta la satisfacción y los sentimientos de empoderamiento personal (FEAPA, 2011).

En los últimos años, la Arteterapia ha tomado un papel muy importante en la rehabilitación de enfermedades relacionadas con el estado de ánimo como la ansiedad y la depresión, gracias a la flexibilidad que tiene para adaptarse en los diferentes contextos en los que puede ser aplicada (Domínguez & López, 2014; Garrido & Arbúes, 2013). Además, permite a la persona trabajar diversas áreas como la memoria, la cognición, las emociones, la percepción, las relaciones sociales y la motivación (Ríos & Jiménez, 2015).

De acuerdo con la *British Association of art Therapists* (como se citó en Ruddy & Milnes, 2008), la Arteterapia se define como “el uso de materiales artísticos para la autoexpresión y la reflexión en presencia de un arteterapeuta entrenado” (p.3).

El ser humano nace con las capacidades de imaginación y creatividad, las cuales permanecen ilesas tras un ictus (FEAPA, 2011). Esto permite que la Arteterapia sea adecuada para cualquier persona, sin importar la edad. Los resultados de aplicación en casos de ACV son prometedores, ya que brinda a las personas herramientas para afrontar las diversas situaciones que se pueden presentar a lo largo de la enfermedad. La estimulación de la imaginación y la creatividad motiva a la búsqueda de alternativas positivas para la situación personal que se vive como consecuencia de las secuelas del ACV.

Asimismo, repercute de forma positiva en las áreas del desarrollo integral del ser humano (López, 2009): (1) A nivel físico influye directamente en el sistema nervioso central al inducir a la relajación y disminuir el estrés, que a su vez, beneficia el sistema inmunológico y el equilibrio hormonal; (2) A nivel social mejora la comunicación e interacción con los demás, fortaleciendo los vínculos interpersonales. Esto tiene un impacto positivo sobre la perspectiva que se tiene del exterior; y (3) A nivel cognitivo la creatividad permite canalizar los pensamientos y sentimientos que genera el malestar causado por la enfermedad, favoreciendo el sentimiento de esperanza y una actitud más positiva para hacer frente a la situación.

La literatura ha demostrado grandes beneficios de la Arteterapia en el ámbito de la salud, tanto física como mental (Dumas, 2013). Dentro de sus beneficios se encuentran el enlentecimiento del deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer, la mejora de la psicomotricidad en la enfermedad de Parkinson, manejo de impulsividad en los trastornos

de conducta, la mejora de la atención, la autoestima y las relaciones sociales en niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y como medio de comunicación en pacientes con trastornos del habla o dificultad para expresar y comunicar sus sentimientos y pensamientos.

Programas como “La pintura y los 5 sentidos” (Garrido & Arbúes, 2013) realizado en diversas ciudades del sur de España, utiliza la Arteterapia como tratamiento en pacientes con discapacidad intelectual que presentan dificultad para expresar y comunicar sus emociones de manera asertiva. Los resultados describen beneficios a nivel social y personal al mejorar la calidad de las relaciones interpersonales y la comunicación. Asimismo, “Nunca es tarde para enamorARTE” (Garrido & Arbúes, 2013) es un proyecto cuyo objetivo es prevenir y mejorar la pérdida de memoria en pacientes de la tercera edad con demencia, a través del arte como vía de estimulación cognitiva de las funciones preservadas, los recuerdos, el aprendizaje y el estado de ánimo.

Existe una amplia variedad de estudios que utilizan la Arteterapia como tratamiento para disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión en enfermedades crónicas como el cáncer, situaciones de maltrato y abuso sexual infantil, depresión postparto, estrés postraumático y personas en centros penitenciarios (Garrido & Arbúes, 2013).

En la temática de estudio, Ríos, et al. (2018) han demostrado el beneficio de la Arteterapia en la rehabilitación post ictus de pacientes con sintomatología depresiva y dependencia en las AVD, arrojando resultados estadísticamente significativos en comparación con el grupo control.

Tomando en cuenta la literatura revisada, la fase subaguda es el periodo clave y el más importante para iniciar la rehabilitación (Domínguez, et. al, 2013; Moyano, 2010), ya que es el momento en el que el paciente regresa a su entorno natural y a realizar las

actividades de su vida cotidiana, lo que implica la recuperación y estabilización neurológica. Se estima que el 80% de los pacientes obtienen resultados positivos de una rehabilitación activa durante este periodo.

La mayoría de los programas y estudios revisados se centran en la recuperación motora, principalmente en la marcha, ya que es la secuela más evidente después de un ictus. Asimismo, se basan en la prevención de tipo terciaria, es decir, cuando el paciente ya ha desarrollado el cuadro depresivo.

La literatura hace énfasis en la necesidad de la detección temprana para prevenir el desarrollo de un cuadro de DPI y así, beneficiar la recuperación funcional y la calidad de vida del paciente.

En comparación con las terapias clásicas, la Arteterapia brinda un espacio seguro, libre de prejuicios y reglas, donde el paciente puede expresarse, crear y disfrutar de un mundo propio fuera de la realidad, es decir, fuera de la enfermedad, sin necesidad del uso del lenguaje verbal, el cual puede inhibir o angustiar para el paciente (López, 2009). Además, el arte es el lenguaje más antiguo, considerado el lenguaje universal, ya que va más allá de las palabras, permitiendo la comunicación entre las personas sin importar la cultura (Tedejo, 2016).

Por ello, en este programa nos planteamos diseñar un taller de intervención pionero en el ámbito de estudio que promueva el uso de la Arteterapia como método menos invasivo y facilitador de la expresión de emociones, sentimientos y pensamientos de las personas que han sufrido un ictus. Esto, con la finalidad de evitar el desarrollo del cuadro depresivo como consecuencia de la enfermedad.

A continuación, se presenta un programa terapéutico grupal basado en la Arteterapia, destinado a personas que hayan sufrido un ACV y se encuentren en la fase subaguda de la enfermedad.

Objetivos

El objetivo general del presente programa es prevenir la sintomatología depresiva en pacientes adultos entre 55 y 65 años de edad que hayan sufrido un ictus de tipo isquémico y se encuentren en la fase subaguda de la enfermedad. A través de la Arteterapia se busca potenciar su autonomía y calidad de vida.

Tomando en cuenta la finalidad del programa, se plantean los siguientes objetivos específicos:

- 1.** Reducir la sintomatología negativa que se manifiesta después de sufrir un ictus isquémico. Es decir, (a) mantener el estado de salud mental óptimo de los participantes del programa, en especial el nivel de sintomatología depresiva; (b) facilitar el proceso de duelo de las personas tras el ictus; y (c) facilitar la transición, adaptación y aceptación de la pérdida de autonomía, y potenciar la autoestima y motivación personal.
- 2.** Fomentar la participación e integración social, es decir, promover la capacidad de participación, mejorar la integración social y potenciar las relaciones interpersonales.
- 3.** Promover la expresión y la comunicación de sentimientos y emociones, es decir, crear un canal de comunicación a través del arte como alternativa al lenguaje verbal y desarrollar comportamientos afectivo-emocionales que refuercen la seguridad, la confianza y la autoestima.

Descripción de la intervención

Agentes implicados

Profesionales

El taller será impartido por un psicólogo general sanitario con formación específica en Arteterapia y con experiencia mínima de 2 años en el campo, quien estará presente durante todas las sesiones y estará capacitado para brindar a los participantes los recursos necesarios para cumplir los objetivos del programa, así como para intervenir en las diferentes situaciones que puedan llegar a presentarse.

Beneficiarios

El taller está dirigido a los adultos entre 55 y 65 años, hombres y mujeres, que hayan sufrido un ictus y se encuentren en la fase subaguda. Específicamente se considerarán aquellas personas que cumplan con los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de ACV de tipo isquémico confirmado por un neurólogo.
- Encontrarse en la fase subaguda del ictus, es decir, 4-12 semanas después del ictus (Bernhardt, et al.)
- Adultos con nivel educativo básico, sin dificultades de lectoescritura, para garantizar la comprensión de los tests y el consentimiento informado.
- Capacidad auditiva, visual y fonológica funcional.

- Estado cognitivo funcional, de acuerdo al test MEC (Lobo et al., 1979) con un resultado de mínimo 20 puntos.
- Motricidad manual funcional que les permita realizar las actividades del programa.

Criterios de exclusión:

- Adultos que hayan sufrido un ictus que se encuentren en la fase aguda o crónica.
- Adultos con antecedentes de depresión previos al episodio del ictus.
- Capacidad auditiva, visual y fonológica afectadas.
- Estado cognitivo funcional afectado, de acuerdo al test MEC (Lobo et al., 1979) con un resultado por debajo de los 20 puntos.

El número máximo será de 8 personas, con el objetivo de realizar la intervención de la manera más adecuada posible, tomando en cuenta que un trabajo grupal no debe sobrepasar los 15 participantes (Corey, 1995), ya que un grupo reducido permitirá al arte terapeuta atender las necesidades y el proceso de cada uno de los participantes (Aranguren & León, 2011).

Procedimiento

El taller tendrá una duración de 3 meses, repartido en 12 sesiones de 90 minutos cada una, una vez a la semana. Los 90 minutos de sesión serán repartidos de la siguiente forma: 20 min. iniciales para el saludo, intercambio de experiencias de la semana, aprendizaje de la sesión anterior; 15 min. de presentación y desarrollo del nuevo tema; 45

min. de ejecución de la actividad del día; y 10 min. de cierre de la sesión con conclusiones, aprendizajes obtenidos y retroalimentación.

Los participantes deberán complementar antes del inicio del grupo el Consentimiento Informado (ver Apéndice A) que, según el Reglamento (UE)2016/679, de 27 de abril de Protección de las personas físicas respecto al tratamiento de Datos Personales (RGPD) garantiza, tanto la protección de sus datos personales, como su anonimato y asegura que el uso de la información recogida se utilizará exclusivamente para la docencia y para la investigación científica, ya que el programa será evaluado para verificar su eficacia.

Se realizarán evaluaciones pre y post-intervención dos semanas antes de comenzar el programa y el último día del programa, respectivamente. Se detallan a continuación los instrumentos (ver Apéndice B, C y D). Además, se llevará a cabo un seguimiento 6 meses después de haber concluido el programa, es decir, un año después de la persona haber sufrido el ACV, a través de una evaluación con el objetivo de obtener y analizar los resultados de la intervención. Diversos estudios han descrito al primer año después del ictus como el más crítico durante el proceso de adaptación hacia un nuevo estilo de vida, ya que es el periodo en el que suelen aparecer los síntomas afectivos como la depresión post ictus.

Para poder realizar la evaluación, se utilizarán las siguientes escalas psicológicas descritas:

El *Cuestionario sobre la Salud del Paciente* (PHQ-9), desarrollado por Diez-Quevedo et al. (2011), consta de nueve ítems y es una escala autoadministrada que permite realizar un diagnóstico de depresión. Consta de una escala tipo Likert de 4 puntos (ningún día, varios días, más de la mitad de los días, casi todos los días); cada ítem se puntúa con 0, 1, 2 o 3 dependiendo de la frecuencia de los síntomas presentados en las últimas dos

semanas. Para la interpretación de los resultados se suma la puntuación de los nueve ítems, la cual arroja dos posibles diagnósticos. Por un lado, un Síndrome Depresivo Mayor si se obtienen 5 o más ítems con puntuación 2 o 3, y al menos uno de los ítems corresponde a la pregunta 1 o 2. Por otro lado, un Síndrome Depresivo Menor si se obtienen de 2 a 4 ítems con puntuación 2 o 3, y al menos uno de los ítems corresponde a la pregunta 1 o 2.

El *Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud* (WHOQOL-BREF), desarrollado por Lucas-Carrasco, R. (1998), es un cuestionario autoadministrado compuesto por 26 ítems que permiten evaluar la calidad de vida percibida por la persona, de los cuales 24 evalúan la calidad de vida de cuatro áreas (salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente), mientras que los 2 ítems restantes evalúan la calidad de vida y la salud a nivel general. Se basa en una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta. A mayor puntuación, mayor calidad de vida de la persona.

La *Escala de Autoestima de Rosenberg*, desarrollada por Rosenberg, M. (1965) y traducida al español por Echeburúa, E. (1995), es una escala autoadministrada que permite valorar la autoestima de las personas. Consta de diez ítems, los cuales la mitad son enunciados positivos y la otra mitad son negativos. Utiliza una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 4= muy de acuerdo a 1= totalmente desacuerdo. Para su interpretación se debe invertir la puntuación de los ítems negativos para después sumarlos con los ítems positivos. La puntuación mínima es de 10 puntos, mientras que la máxima es de 40 puntos. A mayor puntuación, mayor autoestima tiene la persona.

El taller se realizaría todos los jueves en un horario de 10:00 a 12:00 am en las instalaciones del centro de rehabilitación de un hospital que cuente con espacios adecuados a las diversas necesidades de los pacientes y con el material y mobiliario necesario como sillas, mesas y altavoces para poder llevar a cabo el taller. La sala asignada debe tener el

espacio suficiente para acoger a 15 personas, lo que permitirá que las actividades se lleven a cabo en un área óptima.

El centro contará con profesionales de la salud tales como psicólogos, fisioterapeutas y educadores, quienes trabajarán en conjunto con la finalidad de obtener mejores resultados en el tratamiento de los pacientes.

Estructura del contenido de las sesiones

Las sesiones estarán basadas en el seguimiento de módulos (ver Tabla 1), cada uno con un objetivo general, el cual permitirá realizar las actividades para cumplir los objetivos del programa.

Tabla 1

Módulos de contenido del programa

Módulo	Objetivo general
Módulo I	Encuadre: conociendo al grupo
Módulo II	Aceptación
Módulo III	Autoestima
Módulo IV	Relaciones sociales
Módulo V	Las emociones a través del cuerpo
Módulo VI	Motivación
Módulo VII	Cierre y agradecimientos

A continuación (Tabla 2) se expone el cronograma del programa de intervención, especificando el objetivo general y las actividades de cada una de las sesiones.

Tabla 2

Cronograma de sesiones del programa “Arteterapia depresión post-ictus”

Módulo	Actividad	Mes 1				Mes 2				Mes 3			
		S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12
I: Encuadre	Adivina quién soy												
II: Aceptación	Mi autoretrato												
	Les presento a...												
III: Autoestima	Mi jardín de fortalezas												
	Sembrando mi jardín de fortalezas												
IV: Relaciones sociales	La caja del self												
V: Las emociones a través del cuerpo	Pintando la música												
	Escultura de arcilla												
	Hagamos música												
VI: Motivación	Mis gafas de la vida												
VII: Cierre y agradecimientos	La caja del self												
	Agradecimientos												

*Nota de tabla: Las sesiones se llevarán a cabo los días jueves en un horario de 10:00 a 11:30 am.. S= Sesión.

En la Tabla 3 se describe la entrevista previa al inicio del programa, seguidamente (Tablas 4 a 15) se expone la estructura interna de cada sesión, detallando los objetivos, actividades y duración de cada una de ellas.

Tabla 3

Entrevista inicial

<i>Entrevista inicial</i>	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Obtener información personal y antecedentes médicos de los candidatos. • Consentimiento informado. • Aplicación de pre-test. • Selección de perfiles que cumplan con los requisitos de inclusión al programa.
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Recabar datos sociodemográficos de los participantes a través de una entrevista. • Aplicación de pruebas de pre-test (PHQ-9, WHOQOL-BREF, Escala de Autoestima de Rosenberg). Esto permitirá delimitar a los participantes que cumplen con los criterios de inclusión del programa.
Duración	<ul style="list-style-type: none"> • 90 min.

Tabla 4

Sesión 1

<i>Sesión 1</i>	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los participantes y el profesional a cargo. • Presentación de las normas, pautas, temario y objetivos del programa a implementar. • Promover la participación e integración social.
Actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del profesional a cargo del taller. • Se explicará con detalle la estructura del programa (fechas, horarios, lugar de impartición, normas, asistencia, temas a tratar y objetivos). • <i>Adivina quién soy</i>: cada uno de los participantes se presentará ante el grupo mediante el uso de la mímica. Cada uno explicará su nombre con gestos y movimientos corporales, no se puede hablar o hacer sonidos. El resto del grupo intentará adivinar el nombre del participante. • Resolver dudas de los participantes respecto al taller.
Duración	<ul style="list-style-type: none"> • 90 min.

Tabla 5

Sesión 2

Sesión 2	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar la introspección y el autoconomiento de los participantes a través del arte abstracto• Promover la expresión y la comunicación de sentimientos y emociones
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Mi autoretrato</i>: Se le pedirá a los participantes que dibujen su propio retrato (actual) de forma abstracta, es decir, sin seguir un patrón definido de la realidad (ej. uso de figuras geométricas o garabatos). Se hace énfasis en la importancia de no seguir técnicas ni reglas, sino hacer uso de la imaginación, creatividad e intuición propias.• <i>¿Quién soy?</i>: Se colocarán las creaciones alrededor del aula, como una galería de arte. Cada uno de los participantes explicará en primera persona (“Yo soy...”) lo que ha pintado y lo que representa para sí mismo.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 6

Sesión 3

Sesión 3	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Promover la expresión y la comunicación de sentimientos y emociones• Fomentar la creatividad e imaginación como alternativa para comunicarnos• Facilitar la aceptación y el proceso de duelo
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Les presento a...</i>: Cada participante representará al ictus mediante del uso de material plástico (papeles con diferentes texturas y colores, botellas de plástico, taparrosas, bisutería, listones de diferente material, etc.) para crear una imagen 3D. Los participantes le pondrán un nombre a su obra final y la presentarán al grupo.• Cada participante explicará su obra a través de una metáfora y el porqué del nombre que eligieron.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 7

Sesión 4

Sesión 4	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Potenciar las habilidades y capacidades personales• Reforzar la autoestima• Facilitar el proceso de duelo por la pérdida de autonomía
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Mi jardín de fortalezas:</i> Se les pedirá a los participantes que hagan una lista de las fortalezas y virtudes que cada uno crea tener y que alguien más les haya dicho. Cuando terminen la lista, se les invitará a dibujar cada una de las fortalezas que escribieron como si fuera una flor que va creciendo desde la tierra, de esta manera irán formando su <i>jardín de fortalezas</i>.• Al final cada uno compratirá su dibujo y se hará una reflexión grupal con preguntas como “¿Qué fortalezas hay en tu jardín?”, “¿El jardín está lleno o tiene espacios libres?”, “¿Cómo han crecido las flores (fortalezas)? (hacia arriba, a los lados, se han cruzado unas con otras, qué tan altas son)”, ¿Cuál es tu fortaleza favorita?”, ¿Tienes las semillas para plantar otras fortalezas?”, ¿Qué otras fortalezas te fustaría plantar?”
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 8

Sesión 5

Sesión 5	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Roforzar la autonomía y confianza en sí mismos• Fomentar el autocuidado• Potenciar la autoestima y la percepción de logro
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Sembrando mi jardín de fortalezas:</i> Se dará una maceta vacía a cada participante, la cual pintarán cómo ellos deseen. La maceta será la base para comenzar a plantar su <i>jardín de fortalezas</i> (sesión 4).• <i>Mi mayor fortaleza:</i> Se entregará la semilla de la flor que cada participante eligió para representar su fortaleza favorita (sesión 4). Cada uno llenará la maceta con la tierra y la semilla para que florezca.• Se hará una reflexión final donde se les explicará que la planta representa las habilidades y cualidades propias, las cuales hacen única a una persona. Deberán regar y cuidar de su planta, ya que representa una parte muy importante de ellos. Al final del programa, cuando la planta haya florecido, se reforzará su capacidad para cuidar de otro ser vivo y a sí mismos, reforzando la autonomía y la autoestima.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 9

Sesión 6

Sesión 6	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Promover una red de apoyo y las relaciones sociales• Reforzar la autoestima
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>La caja del self</i>: Se le pedirá a los participantes que decoren una caja de cartón. La parte interna de la caja será decorada de tal forma que responda a la pregunta <i>¿Cómo me veo a mí mismo?</i>, mientras que la parte externa responderá a la pregunta <i>¿Cómo me ven los demás?</i>.• Se hará una reflexión con preguntas como “<i>¿Hay diferencia entre las decoraciones? ¿cuáles?</i>”, “<i>¿Hay similitudes?, ¿cuáles?</i>”, “<i>Hay algo en la parte interna que te gustaría que estuviera afuera?</i>”, “<i>¿Cómo te sientes al ver tu caja terminada?</i>”
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 10

Sesión 7

Sesión 7	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Promover la expresión de sentimientos a través de la música• Fomentar la creatividad e imaginación como alternativa para comunicarnos• Fomentar la introspección
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Pintando la música</i>: Esta sesión se llevará a cabo en un espacio exterior (de preferencia un jardín), o en un espacio diferente al habitual. Se pondrá música relajante y se le pedirá al grupo que se centre en el “<i>aquí y ahora</i>”. Se les pedirá que pinten con acuarelas lo que sienten y piensan en ese momento. Se hace énfasis en la importancia de no seguir técnicas ni reglas, sino hacer uso de la imaginación, creatividad e intuición propias. Dejarse llevar por la música.• Al final, se hará una reflexión de las obras realizadas, destacando la expresión de los sentimientos a través de técnicas no verbales.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 11

Sesión 8

Sesión 8	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Promover la expresión de sentimientos a través de la escultura• Fomentar la introspección• Facilitar el proceso de duelo
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Escultura de arcilla:</i> Se les pedirá a los participantes que piensen en las emociones y/o sentimientos negativos que les provoca la enfermedad (enojo, frustración, tristeza, etc.) y que lo representen con alguna figura de arcilla.• <i>Rompiendo con mi...:</i> Cada participante compartirá con el grupo su creación, indicando qué emoción representa. Después, romperán su creación como metáfora de eliminar ese sentimiento de su cuerpo mientras dicen “Estoy rompiendo con mi (sentimiento/emoción)”.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 12

Sesión 9

Sesión 9	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Promover la expresión de sentimientos a través de la música• Promover la participación e integración social• Potenciar la percepción de logro
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Hagamos música:</i> Se les pedirá a los participantes que escojan un instrumento (maracas, cascabeles, castañuelas, tambor, pandero, guitarra, etc.) y que entre todos compongan una canción. Puede ser con o sin letra.• Se hará una reflexión final de los sentimientos y emociones que hayan surgido durante la actividad.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 13

Sesión 10

Sesión 10	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Reforzar la autoestima, la confianza en sí mismos y la motivación personal• Promover la expresión de sentimientos y pensamientos• Fomentar la creatividad
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Mis gafas de la vida:</i> Se le hará entrega a cada participante de una cartulina blanca en donde se les pedirá dibujen unas gafas y dentro de ellas, es decir, en el cristal, dibujen la respuesta a la pregunta “¿Cómo me gustaría ver mi vida?”. Cada participante compartirá su dibujo y explicará lo que ha dibujado. Se hará una reflexión enfocada en el reforzamiento de habilidades y capacidades propias.• Al final cada participante recibirá un par de gafas con las que se hará una reflexión final de la actividad.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 14

Sesión 11

Sesión 11	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Fomentar las relaciones sociales• Promover la expresión de emociones y pensamientos• Introspección
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>Mural de sentimientos:</i> Se colocará un pedazo de papel craft grande en la pared y se les pedirá a los participantes que pinten sus sentimientos y pensamientos respecto a lo que han aprendido a lo largo del taller como grupo. Es decir, tendrán que compartir sus experiencias y plasmarlas en el papel.• Al final se hace reflexión del dibujo y se comparten experiencias.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Tabla 15

Sesión 12

Sesión 12	
Objetivo	<ul style="list-style-type: none">• Cierre y agradecimientos• Evaluación post-intervención
Actividad	<ul style="list-style-type: none">• <i>La caja del self</i>: Cada participante añadirá una decoración a la caja de cada uno de los compañeros del taller. La decoración elegida representará algo positivo de la otra persona, ya sea algo que hayan aprendido, agradecido, disfrutado o valorado de ella. Cada participante explicará la decoración seleccionada a la persona que la reciba. Se hará una reflexión final para compartir las sensaciones y pensamientos respecto a la actividad.• <i>Agradecimientos</i>: Se hará el cierre del programa y se les dará a cada uno la maceta con la planta de la actividad “<i>Mi jardín de fortalezas</i>” y se reforzará su capacidad para cuidar de otro ser vivo y a sí mismos, reforzando la autonomía y la autoestima.• <i>Evaluación post-test</i>: Aplicación de pruebas post-test (PHQ-9, WHOQOL-BREF, Escala de Autoestima de Rosenberg) y Cuestionario de satisfacción.
Duración	<ul style="list-style-type: none">• 90 min.

Discusión

En respuesta a la necesidad de prevención de la DPI mediante intervenciones que que faciliten la recuperación funcional y mejoren la calidad de vida del paciente (Espárrago et al., 2015) se ha diseñado el programa presentado en este trabajo.

La OMS (2004) describe que para prevenir la depresión es importante fortalecer los factores de protección como la autoestima, las redes de apoyo y habilidades sociales (Montón, 2006) par afrontar eventos importantes de la vida como lo es una enfermedad crónica.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las intervenciones en un ACV se centran en la fase aguda (Durà et al., 2011), el presente programa se centra en la fase subaguda para reforzar la importancia de establecer un mejor seguimiento del paciente tras el alta hospitalaria, principalmente en el ámbito emocional (Espárrago et al., 2015).

El uso de la Arteterapia en este programa se basa principalmente en los beneficios que esta puede tener en la expresión de los sentimientos, emociones y pensamientos de los pacientes respecto a su estado de salud actual (Bellón, 2020; Dumas, 2013; Garrido & Arbúes, 2013; Romero, 2004). En especial, considerando que la DPI es el trastorno afectivo más frecuente tras un ACV y el factor que más influye en el aprovechamiento y los resultados en las diferentes intervenciones de rehabilitación (motoras, cognitivas, lenguaje, etc.), las relaciones sociales y familiares, así como la readaptación y reinserción del paciente en su entorno habitual. A través de la creatividad y la imaginación; habilidades innatas del ser humano, se busca que la persona tenga un encuentro con su mundo interior que le ayude a tener un mayor conocimiento de sí mismo, favoreciendo los logros personales, la valoración y la aceptación propia.

El programa se desarrolló tomando en cuenta los aspectos que, según la literatura revisada, son necesarios para poder cumplir con el objetivo. La intervención se basa en el desarrollo de habilidades sociales, logros personales y el aumento de la confianza y la autoestima de uno mismo. De acuerdo a Jané-Llopis (2004), este enfoque brinda mejores resultados que la modificación de pensamiento.

Es importante destacar los beneficios que este programa brinda a los pacientes después del ictus. En primer lugar, resulta ser pionero en su campo, ya que no se han encontrado programas para prevenir la DPI cuya base terapéutica sea la Arteterapia. De igual forma, las intervenciones existentes, las cuales se basan en el uso de antidepresivos y de intervención psicológica tradicional, presentan niveles de evidencia de certeza bajos (Allida, 2020).

En segundo lugar, el programa da acceso a una terapia preventiva para evitar que la depresión siga siendo un factor determinante para el éxito de la rehabilitación. En este sentido, favorece el diagnóstico y tratamiento precoz que permite identificar y tratar a tiempo a los pacientes que han sufrido un ACV y evitar el desarrollo de un cuadro depresivo mayor que interfiera en su recuperación física y funcional. Asimismo, considerando su nivel preventivo, hace difusión y genera conciencia de las repercusiones que este trastorno puede generar en la vida de las personas después de un ictus.

Por último, al ser una intervención grupal, las personas mejoran sus relaciones sociales, lo que promueve la comunicación, la afectividad y la expresión. Asimismo, la creación de algo nuevo despierta inquietudes, lo cual ayuda a la motivación y al estado de ánimo. Aumenta la autoestima, el control y la confianza en sí mismos al darse cuenta que son capaces de seguir desarrollándose a nivel personal y aprender cosas nuevas (Dumas, 2013).

Este programa se ha diseñado en detalle para poder brindar una herramienta a los profesionales de la salud mental. Sin embargo, al tratarse de un programa pionero, no se ha podido comentar con profesionales del campo de la Psicología, por lo que consideramos importante desarrollar una prueba piloto inicial con una evaluación de su eficacia antes de su implantación. Se considera importante e interesante comprobar su validez a nivel científico con la finalidad de confirmar los beneficios que puede tener en la prevención de la DPI.

Conclusiones

1. La elaboración del presente programa se ha realizado tomando en cuenta la necesidad de crear programas de rehabilitación emocional en pacientes post-ictus para prevenir la depresión.
2. El programa se ha desarrollado con la intención de crear una intervención a nivel primario que permita a la persona que ha sufrido un ictus tener un equilibrio emocional y psíquico para mantener una calidad de vida óptima y evitar la sintomatología depresiva como consecuencia de la enfermedad.
3. Se plantea una intervención basada en la Arteterapia mediante las técnicas de pintura, dibujo, escultura y música como medio expresivo para canalizar las emociones, sentimientos y pensamientos.
4. El beneficio principal que se pretende alcanzar con esta intervención es la prevención de la aparición de la sintomatología depresiva como consecuencia de la pérdida de autonomía, de salud y de calidad de vida que conlleva la enfermedad.

Referencias

- Allida, S., Cox, K. L., Hsieh, C. F., House, A., & Hackett, M. L. (2020). Pharmacological, psychological and non-invasive brain stimulation interventions for preventing depression after stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003689.pub4>
- Aranguren, M. & León, T. E. (2011). Arteterapia: sus fundamentos y beneficios de aplicación en la psicosis. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII. Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Arellano, M., & Miralles, R. (2002). El paciente anciano con un ictus. *Medicina Integral*, 40(10), 446-459. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-paciente-anciano-con-un-13041791>
- Bellón, M. (2020). Arteterapia en alumnos con riesgo de exclusión social. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Pontificia Comillas]. <http://hdl.handle.net/11531/43043>
- Bender del Busto, J. E. (2019). Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. *Revista cubana de Neurología y Neurocirugía*, 9(2), 1-7. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=91381>
- Bernhardt, J., Hayward, K. S., Kwakkel, G., Ward, N. S., Wolf, S. L., Borschmann, K., Krakauer, J. W., Boyd, L. A., Carmichael, S. T., Corbett, D., & Cramer, S. C. (2017). Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *International Journal of Stroke*, 12(5), 444-450. <https://doi.org/10.1177/1747493017711816>

- Carod-Artal, F. J. (2006). Depresión postictus (I). Epidemiología, criterios diagnósticos y factores de riesgo. *Revista de Neurología*, 42(3), 169-175. <https://doi.org/10.33588/rn.4203.2005049>
- Castro, I. M. (2016). *Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) en pacientes que asisten a la clínica de control de peso Isell figura Vital de Trujillo 2015* [Tesis Doctoral, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/1013>
- Centros de Integración Juvenil. (2018). *Ansiedad y depresión como factores de riesgo en el inicio temprano del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas*. <http://www.biblioteca.cij.gob.mx/publicaciones/prevencion/libro2.pdf>
- Domínguez, J., Lemos, R., & Vizaguirre, R. (2013). *Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares* [Tesina de Grado, Universidad de Cuyo]. <https://bdigital.uncu.edu.ar/5915>
- Domínguez, P. M., & López, M. D. (2014). Efecto de la arteterapia en la ansiedad y depresión, la capacitación sociocultural y la reducción de la reincidencia penitenciaria de personas reclusas. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 9, 39-60. https://doi.org/10.5209/rev_arte.2014.v9.47481
- Dorado, C. A., & Castaño, D. (2018). Efectividad de los programas computarizados en rehabilitación cognitiva de pacientes con esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 16(2), 73-86. <https://doi.org/10.11144/javerianacali.ppsi16-2.ePCR>
- Dumas, M. & Aranguren, M. (2013). Beneficios del arteterapia sobre la salud mental. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Durà, M. J., Molleda, M., García, C., Mallol, J., & Calderon, V. (2011). Factores pronósticos en el ictus. De la fase aguda a los tres años. *Rehabilitación*, 45(1), 18-23.
<https://doi.org/10.1016/j.rh.2010.09.004>
- Espárrago, G., Castilla-Guerra, L., Fernández, M. C., Ruiz, S., & Jiménez, M. D. (2015). Depresión post ictus: una actualización. *Neurología*, 30(1), 23-31.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.06.008>
- FEAPA. (2011). *I Congreso Nacional de Arteterapia FEAPA: Las voces de la profesión y sus campos de intervención.*
- Federación Española de Ictus. (s.f.). *Ictus: un problema socio-sanitario.*
<https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus/>
- Fernández, A., Urra, X., Renú, A., & Chamorro, Á. (8 de agosto del 2018). *Ictus: Factores de riesgo del ictus.*
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/ictus/factores-de-riesgo>
- Fundació Ictus. (1 de junio del 2018). *Los casos de ictus se incrementarán un 34% en Europa en 2035.* <https://www.fundacioictus.com/es/fundacio/noticies/els-casos-dictus-sincrementaran-un-34-europa-al-2035>
- Gallego, A. J. (2020). *Efectividad de la telerehabilitación en diferentes tipos de discapacidad* [Trabajo de Fin de Grado, Universitat de les Illes Balears].
<http://hdl.handle.net/11201/153171>
- Garrido, M. R., & Arbúes, A. E. (2013). *Arteterapia en el ámbito de la Salud Mental.* ASANART.
https://www.researchgate.net/publication/264401256_Arteterapia_en_el_ambito_de_la_Salud_Mental

- Gil, M. (2019). *Telerehabilitación cognitiva en pacientes crónicos con alteraciones cognitivas asociadas a un ictus: Ensayo clínico cruzado* [Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/669667#page=1>
- González, M., Martín, M., Grau, J. A., & Lorenzo, A. (2007). Extractos del capítulo: Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de la ansiedad y la depresión. En M. González (Ed.), *Instrumentos de Evaluación psicológica* (pp. 165-214). ECIMED.
- Hackett, M. L., Anderson, C. S., House, A., & Halteh, C. (2008). Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003689.pub3>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 67-77. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100005
- Kairy, D., Lehoux, P., Vincent, C., & Visintin, M. (2009). A systematic review of clinical outcomes, clinical process, healthcare utilization and costs associated with telerehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 31(6), 427–447. <https://doi.org/10.1080/09638280802062553>
- Lázaro, N. (2018). *Trastornos emocionales y conductuales en accidentes cerebrovasculares: prevalencia, etiología y neuroanatomía* [Trabajo de Fin de Master, Universitat Oberta de Catalunya]. <http://hdl.handle.net/10609/84305>
- López, M. D. (2009). *La intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español* [Tesis Doctoral, Universidad de Murcia]. <http://hdl.handle.net/10201/10387>

- López, L. M. (2012). Neuroplasticidad y sus implicaciones en la rehabilitación. *Universidad y Salud*, 14(2), 197-204. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/1279>
- Madureira, S., Guerreiro, M, & Ferro, J. M. (2001). Dementia and cognitive impairment 3 months after stroke. *European Journal of Neurology* 8(6). <https://doi.org/10.1046/j.1468-1331.2001.00332.x>
- Mesa, Y., Fernández, O., Hernández , T, & Parada, Y. (2016). Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(4), 508-524. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2016000400004&script=sci_arttext&tlng=en
- Mikami, K., Sudo, T., Orihashi, Y., Kimoto, K., Mizuma, A., Uesugi, T., Kawamura, R., Honma, K., Nagata, E., Yamamoto, K, Takizawa, S., Matsumoto, H., & Robinson, R, G. (2020). Effective Tools to Predict Depression in Acute and Subacute Phase of Ischemic Stroke. *The Journal of Neuropsychiatry*, 33(1), 43-48. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20040076>
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. <https://www.semfyc.es/biblioteca/estrategia-en-ictus-del-sistema-nacional-de-salud/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de práctica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia, avalia-t. <https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/>
- Montón, C. (2006). Evidencia en la eficacia de las estrategias de prevención de la depresión en Atención Primaria. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&ua>

ct=8&ved=2ahUKEwjMusef8uLxAhWJsBQKHa93Au4QFnoECAIQAA&url=https%
3A%2F%2Fddd.uab.cat%2Fpub%2Frceap%2Frceap_a2006m6n9%2Frceap_a2006m6
n9a3.pdf&usg=AOvVaw3P7cHIFXIS5VLGCRJ4kXgo

Moyano, A. (2010). El accidente cerebrovascular desde la mirada del rehabilitador. *Revista Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 21, 348-355.
https://www.academia.edu/37727415/Accidente_cerebrovascular_desde_mirada_rehabilitador

OMS. (05 de febrero del 2018). Envejecimiento y salud. Sitio Web Mundial.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Ordoñez, L. T. (2014). Telerehabilitación como propuesta actual de rehabilitación en pacientes con discapacidad. *Revista Inclusiones*, 1, 48-54.
<http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4490>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Trastornos neurológicos: desafíos para la salud pública*. Organización Mundial de la Salud. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=198:2008-trastornos-neurologicos&Itemid=40615&lang=es

Orozco, W. A., & Solarte, J. E. (2019). *Características de los procesos de telerehabilitación en el contexto mundial periodo 2009-2017. Una revisión documental* [Trabajo de Grado, Universidad Santiago de Cali].
<https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/220>

- Pastora, J. M. (2017). *Efectividad de un programa de telerehabilitación tras intervención quirúrgica por síndrome subacromial* [Tesis doctoral, Universidad de Málaga]. <https://hdl.handle.net/10630/15853>
- Ríos, M., Solís de la Paz, D., Oviedo, A., & Ríos, M. (2018). Terapias artísticas en la rehabilitación de los pacientes tras un ictus. *Revista Médica Electrónica*, 40(1), 25-34. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100004
- Romero, B. (2004). Arte terapia. Otra forma de curar. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, 10, 101-110. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2044648>
- Ruddy, R. & Milnes, D. (2008). Arteterapia para la esquizofrenia o las enfermedades similares a la esquizofrenia. *Cochrane Plus*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003728.pub2>
- Sierra, E. M., & León, M. Q. (2019). Plasticidad cerebral, una realidad neuronal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(4), 599-609. <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3866>
- Sorribes, M., Alzamora, M. T., Vila, N., Forés, R., Vicheto, M., & Heras, A. (2005). Abordaje de los ictus: colaboración entre Atención Primaria y Especializada. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 31(7), 324-318. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(05\)72949-x](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(05)72949-x)
- Tedejo, E. (2016). *Arte y terapia. Historia, Interrelaciones, Praxis y Situación Actual* [Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca]. <https://doi.org/10.14201/gredos.129198>
- Vázquez, F. L., & Torres, A. (2007). Análisis sobre la investigación de la prevención de episodios nuevos de depresión. *Clínica y Salud*, 18(2), 221-246. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000200006

Apéndice

Apéndice A

Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROYECTO DE TESIS: ARTETERAPIA PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POST-ICTUS

Yo,..... (nombre del participante) estoy en conocimiento que he sido invitado/a a participar de la investigación vinculada al Proyecto de Tesis de Psicólogo General Sanitario de la Universidad Ramón Llull, *ARTETERAPIA PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POST-ICTUS*.

TANIA NAYELI BUENDÍA MÁRQUEZ (nombre del investigador) me ha informado que la participación es absolutamente voluntaria y que, inclusive, en caso que decida hacerlo, puedo dejar de formar parte de la misma en el momento en que lo desee, sin que esto conlleve consecuencia alguna para mi persona.

Señalo que he podido hacer preguntas sobre el estudio y que he recibido suficiente información sobre el mismo.

Acepto que se me realicen entrevistas y responder a los cuestionarios: MEC, Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9), Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud (WHOQOL-BREF) y la Escala de Autoestima de Rosenberg.

En relación con la confidencialidad, se me ha informado que las únicas personas autorizadas para acceder al contenido de entrevistas, diario de campo, documentos oficiales y registro audio-visual, son quienes trabajan o colaboran con el estudio.

Del presente documento de Consentimiento Informado se explicita que el participante de esta investigación deberá firmar dos copias, una para su persona y otra a modo de constancia para la investigación.

Firma del participante

Firma del profesional

Fecha:

Apéndice B

Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

Durante las dos últimas semanas ¿Con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Tener poco interés o placer en las cosas que hace	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza	0	1	2	3
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido(a), o en dormir demasiado.	0	1	2	3
4. Sentirse cansado(a) o tener poca energía	0	1	2	3
5. Tener poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentir falta de amor propio, o que sea un fracaso, o que se decepcionara a si mismo(a) o a su familia	0	1	2	3
7. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar televisión	0	1	2	3
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta, o de lo contrario, está tan agitado(a) o inquieto(a) que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de que haría daño de alguna manera	0	1	2	3

Apéndice C

Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud

(WHOQOL-BREF)

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro(a) qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones.

Piense en su vida durante las últimas dos semanas. Valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.	Muy mal	Poca	Normal	Bastante bien	Muy bien
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
	Muy insatisfecho(a)	Poco	Normal	Bastante satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
2. ¿Cuán satisfecho(a) está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.	Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadamente
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.	Nada	Un poco	Normal	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Qué tan disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho(a) o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.	Nada	Poco	Normal	Bastante satisfecho(a)	Muy satisfecho(a)
16. ¿Cuán satisfecho(a) está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cuán satisfecho(a) está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cuán satisfecho(a) está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cuán satisfecho(a) está de sí mismo(a)?	1	2	3	4	5
20. ¿Cuán satisfecho(a) está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cuán satisfecho(a) está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cuán satisfecho(a) está con el apoyo que obtiene de sus amigos(as)?	1	2	3	4	5
23. ¿Cuán satisfecho(a) está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cuán satisfecho(a) está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cuán satisfecho(a) está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Apéndice D

Escala de Autoestima de Rosenberg

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	0	1	2	3
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.	0	1	2	3
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	0	1	2	3
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	0	1	2	3
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.	0	1	2	3
6. A veces me siento realmente inútil.	0	1	2	3
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía, al menos igual que la mayoría de la gente.	0	1	2	3
8. Ojalá me respetara más a mí mismo.	0	1	2	3
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	0	1	2	3
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	0	1	2	3

Apéndice E

Mini Examen Cognoscitivo (MEC)

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año.....
_____5

• Dígame el hospital (o lugar).....
planta.....ciudad.....Provincia.....Nación.....
_____5

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda)
_____3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ?
_____5

• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás
_____3

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes ?
_____3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj
_____2

• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros
_____1

• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
¿qué son el rojo y el verde ?
_____2

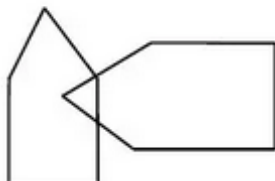
• ¿Que son un perro y un gato ?
_____3

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa
_____1

• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS
_____1

• Escriba una frase
_____1

• Copie este dibujo ___1



Puntuación máxima 35.
Punto de corte Adulto no geriátricos 24
Adulto geriátrico 20