



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**

**“DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ”**

**EL ARTE Y SU PAPEL EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE  
PACIENTES AMBULATORIOS CON TRASTORNO BIPOLAR: LA  
PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:**

**DRA. JANNY PAOLA LAUREAN SOTO**

**ASESORES:**

**TUTORA METODOLÓGICA: DRA. SHOSHANA BERENZON GORN**

**TUTORA TEÓRICA: DRA. INGRID VARGAS HUICOCHEA**

**CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
**INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA**  
**“DR. RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ”**

**EL ARTE Y SU PAPEL EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE  
PACIENTES AMBULATORIOS CON TRASTORNO BIPOLAR: LA  
PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

**DRA. JANNY PAOLA LAUREAN SOTO** 

ASESORES:

TUTORA METODOLÓGICA: **DRA. SHOSHANA BERENZON GORN** 

TUTORA TEÓRICA: **DRA. INGRID VARGAS HUICOCHEA**

CIUDAD DE MÉXICO, 30 JUNIO 2023

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA  
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

14 JUL. 2023

DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

NOMBRE: Silvia

HORA: 14:30

6001



## CONTENIDO

|   |           |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN.....                                       | 01        |
| ESTADO DEL ARTE.....                                    | 04        |
| <b>TRASTORNO BIPOLAR.....</b>                           | <b>04</b> |
| DEFINICIÓN DEL TRASTORNO BIPOLAR.....                   | 04        |
| EPIDEMIOLOGÍA.....                                      | 05        |
| ETIOPATOGENIA.....                                      | 05        |
| CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.....                             | 07        |
| IMPACTO.....  | 08        |
| <b>TRATAMIENTOS .....</b>                               | <b>12</b> |
| Farmacoterapia.....                                     | 12        |
| Psicoterapia.....                                       | 15        |
| Arteterapia.....  | 17        |
| <b>ARTE Y TRASTORNO BIPOLAR.....</b>                    | <b>22</b> |
| Arte, creatividad y su relación con la bipolaridad..... | 22        |
| MARCO TEÓRICO.....                                      | 25        |
| PLANTEAMIENTO.....                                      | 33        |
| PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....                          | 33        |
| JUSTIFICACIÓN.....                                      | 34        |
| OBJETIVOS.....  | 35        |
| MATERIAL Y MÉTODOS.....                                 | 37        |
| Diseño del estudio y técnica.....                       | 37        |
| Instrumento.....  | 37        |
| Participantes.....                                      | 38        |
| Categorías de análisis.....                             | 39        |
| Procedimiento.....                                      | 40        |
| Validez y rigor.....                                    | 44        |
| ASPECTOS ÉTICOS, FINANCIEROS Y DE BIOSEGURIDAD.....     | 45        |
| RESULTADOS.....   | 46        |
| ANÁLISIS.....   | 49        |
| DISCUSIÓN.....  | 64        |
| CONCLUSIONES.....                                       | 71        |
| REFERENCIAS.....  | 72        |
| ANEXOS.....   | 83        |

## INTRODUCCIÓN

Desde la infancia tuve un entorno favorable, que propició mi interés por la salud mental así como por el arte y la creación artística, en especial las artes plásticas. Inicialmente, me desarrollé como dibujante y pintora autodidacta/amateur desde la adolescencia con técnicas de pintura al óleo, acrílico y dibujo a claro-oscuro con grafito y a color con lápices de madera y en menor medida a pastel.

En retrospectiva, aunque el arte empezó como un pasatiempo, noto como a través de este he encontrado una forma de sublimar e incrementar mi bienestar al practicar la pintura, sin embargo, fue hasta años después, cuando atravesé por un proceso de duelo, cuando descubrí (por medio de una obra al óleo y mis primeras obras de poesía) la influencia que tuvo el arte en mi propio proceso de recuperación.

Esta vez encuentro una satisfactoria forma de conectar dos de mis grandes pasiones aunado a la curiosidad que me motivan a investigar cómo es que el arte influye en el proceso de recuperación de los trastornos afectivos de tipo bipolar.

A lo largo de la historia, diversos autores han vinculado al arte con la salud mental de distintas maneras, una de ellas ha sido sobre el papel que el arte tiene la recuperación de los trastornos mentales. En la literatura internacional existe evidencia sobre los beneficios que el arte tiene en dichos padecimientos; no obstante, existen numerosos desarrollos teóricos, así como estudios empíricos y experiencias clínicas, pero no siempre desarrolladas con el rigor metodológico apropiado. La mayoría de los estudios documentados relacionados con la influencia del arte en la recuperación de los trastornos mentales, se han investigado por medio de intervenciones de arte en pacientes con dichos trastornos. Sin embargo, con este proyecto se busca analizar la influencia que el arte tiene en personas que se dedican a alguna actividad artística (ya sea de manera profesional o como pasatiempo), que además padecen trastorno bipolar. Lo que pudiera arrojar resultados nuevos relevantes para contrastar con lo ya documentado en la literatura.

Este documento está conformado por cinco capítulos cuyo objetivo es mostrar en forma clara el fenómeno a investigar. En el primer capítulo se abordan los argumentos y motivos que justifican el problema de investigación, así como los

objetivos que guían la presente investigación. Además, se plantea la definición del proceso de recuperación la cual ha sido abordada con anterioridad por diversos autores. Así mismo, se describen los beneficios del arte encontrados en investigaciones previas que influyen en el proceso de recuperación del trastorno bipolar.

El segundo capítulo versa sobre los planteamientos metodológicos que sustentan el proceso investigativo, la conceptualización del método, el paradigma que define el diseño de investigación, las etapas de este proceso de aplicación de instrumentos, recolección de datos que guiarán el trabajo de campo, también encontramos los criterios de inclusión de la población y los procedimientos para elección de la muestra.

El tercer capítulo: contiene la presentación de datos recolectados haciendo un análisis e interpretación de los datos que muestran de manera fehaciente los resultados.

Por último, en el cuarto capítulo se discuten los hallazgos y se resumen las conclusiones y recomendaciones que surjieron del estudio y del razonamiento de este tema.

## **CAPITULO I**

### **ESTADO DEL ARTE**

#### **TRASTORNO BIPOLAR**

##### **Definición del trastorno bipolar**

El trastorno bipolar (TBP) es un trastorno del estado de ánimo que cursa con episodios de hipomanía o manía y de depresión mayor. En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), se incluye en la categoría de “trastorno bipolar y trastornos relacionados” y tanto en la décima

como en la onceava revisión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10 y CIE 11) se agrupa junto con los trastornos depresivos en la categoría de “trastornos del humor o afectivos” y “trastornos del estado de ánimo” respectivamente, con una subdivisión para cada uno de estos trastornos (Coryell, 2020) (Vieta, et al. 2018).

## **Epidemiología**

Según la Encuesta Mundial de Salud Mental, la prevalencia global para los trastornos del espectro bipolar a lo largo de la vida es de 2.4% (Carvalho, Firth, & Vieta, 2020; Rowland y Marwaha, 2018), para el trastorno bipolar tipo I 0.6% y para el trastorno bipolar tipo II 0.4% % (Merikangas, 2011; Vieta et al, 2018; Rowland y Marwaha, 2018), siendo Estados Unidos el país con la prevalencia más alta en trastornos del espectro bipolar (4.4%) y la India el país con la prevalencia más baja (0.1%) (Merikangas, 2011).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) el trastorno bipolar tipo I afecta al 1.3% de la población y el trastorno bipolar tipo II al 2.0% (Medina-Mora et al., 2003).

Se ha estimado que la prevalencia del trastorno bipolar tipo I es similar en ambos sexos, sin embargo, el trastorno bipolar II es más frecuente en mujeres (Carvalho, Firth & Vieta, 2020), por otro lado, se ha documentado que los episodios depresivos son más comunes en mujeres y los episodios de manía son más prevalentes en hombres (Sadock, Sadock, Ruiz, 2015).

## **Etiopatogenia**

Durante los últimos años, diversas investigaciones han ampliado el conocimiento de esta entidad, con lo cual se ha desarrollado un modelo multifactorial que incluye tanto factores biológicos como ambientales, considerándose una enfermedad compleja y multifactorial (Rowland, & Marwaha, 2018; Gordovez & McMahon, 2020).

Dentro de los factores genéticos se observa que la heredabilidad es alta, que varía del 70 hasta el 90% (Carvalho, Firth y Vieta, 2020). Recientemente estudios GWAS (de asociación de todo el genoma) han evaluado un gran número de variantes en los genes CACNA1C, ODZ4, y NCAN (Gordovez & McMahon, 2020; Vieta, et al, 2018; Gordovez & McMahon, 2020) y se han detectado asociaciones genéticas significativas hasta en 30 loci (Carvalho, Firth y Vieta, 2020), sin embargo, se ha señalado que la contribución al riesgo es poligénica (Gordovez & McMahon, 2020; Vieta, et al, 2018). Los análisis preliminares genéticos sugieren que las vías implicadas en estos intervienen en la señalización de calcio y del sistema glutamatérgico, la regulación hormonal, los microARN y las vías de histonas e inmunes, pero aún hacen falta más estudios al respecto (Harrison, Geddes & Tunbridge, 2018; Vieta, et al, 2018).

Adicionalmente, a través de los hallazgos de neuroimagen se han detectado cambios estructurales progresivos en los trastornos bipolares, como adelgazamiento de la materia gris cortical en las regiones frontal, temporal y parietal de ambos hemisferios cerebrales, con mayor énfasis en la pars opercularis izquierda, la circunvolución fusiforme izquierda y la corteza frontal rostral media izquierda; así mismo, se ha reportado una mayor disminución del grosor cortical, en especial en la circunvolución pericalcarina izquierda y derecha en personas con mayor duración de la enfermedad (Hibar, et al, 2018; Ching, et al 2020). De los factores que se cree que intervienen en esta neuroprogresión son la disfunción mitocondrial, la neuroplasticidad alterada, la neuroinflamación, el aumento del estrés oxidativo y la apoptosis neuronal; sin embargo, es una línea de investigación que apenas comienza a estudiarse a mayor profundidad (Harrison, Geddes & Tunbridge, 2018; Vieta, et al, 2018).

Aunado a lo anterior, se han identificado factores ambientales que pueden interferir en la aparición y curso del trastorno bipolar. Dentro de los factores perinatales, se ha reportado al parto por cesárea, la infección de influenza materna, el tabaquismo materno durante el embarazo y la edad paterna mayor de 35 años (Carvalho, Firth y Vieta, 2020), también se ha sugerido que la seropositividad materna para T.Gondii

y la prematuridad extrema confiere riesgo de desarrollar TBP (Rowland, & Marwaha, 2018). Los factores postnatales que se han descrito que interfieren tanto en el desarrollo como en un curso más tórpido de la enfermedad son eventos adversos en la niñez, como el maltrato, abuso o negligencia infantil (Rowland, & Marwaha, 2018; Vieta, et al, 2018), así como el consumo de cannabis y estimulantes, (Rowland, & Marwaha, 2018), el cambio de estación (invierno a primavera y verano a otoño) y las comorbilidades médicas como esclerosis múltiple, accidentes cerebrovasculares, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison, hipotiroidismo (Vieta, et al, 2018) obesidad y asma (Rowland, & Marwaha, 2018). Así mismo, los acontecimientos vitales negativos se han asociado con mayor gravedad tanto de los episodios maniacos, depresivos y del deterioro funcional (Rowland, & Marwaha, 2018).

### **Criterios diagnósticos**

El diagnóstico de trastorno bipolar se realiza de manera clínica con base en la décima edición de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) de la OMS o en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-5).

El diagnóstico de un episodio de manía se establece con la presencia de un estado de ánimo predominantemente irritable, elevado o expansivo y un aumento anormal y persistente de la energía dirigida a un objetivo que duren igual o más de una semana (o menos si requiere de hospitalización), además de tres o más de los siguientes síntomas en caso de ánimo elevado/expansivo, o cuatro o más de los siguientes síntomas en caso de ánimo irritable: aumento en la autoestima o sentimientos de grandeza, disminución necesidad del sueño, verborrea, taquipsiquia, distraibilidad, aumento en actividad intencionada o psicomotricidad aumentada y participación en actividades riesgosas o de graves/dolorosas consecuencias. Un episodio de hipomanía se define con la misma cantidad de síntomas antes mencionados, pero de una intensidad menor y con una duración mayor o igual a cuatro días. (APA, 2014). Por otro lado, los criterios diagnósticos

para un episodio depresivo bipolar, son los mismos que para episodios depresivos unipolares; siendo estos, la presencia de tristeza la mayor parte del día, todos los días y/o pérdida del interés en las actividades previamente placenteras, además de cuatro o más de los siguientes síntomas presentes durante mínimo dos semanas: disminución o aumento del apetito todos los días o pérdida o aumento de peso con cambio ponderal mayor al 5% del peso habitual, insomnio o hipersomnia, alteraciones en la psicomotricidad observadas por otros (agitación o enlentecimiento), fatiga o hipoergia, ideas sobrevaloradas de culpa y/o minusvalía, fallas atencionales o mnésicas y fantasías de muerte, ideación, intencionalidad o planeación suicida; dichos síntomas generan un malestar clínicamente significativo y generan disfunción.

Para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar tipo I se necesita la presencia de al menos un episodio de manía el cual puede estar acompañado o no de episodios previos o posteriores de hipomanía o depresión; por otro lado, el trastorno bipolar tipo II requiere de episodios de hipomanía (sin llegar a ser episodios maniacos) alternados con episodios de depresión mayor (APA, 2014).

## **Impacto**

### Comorbilidades

Los trastornos bipolares se consideran la 17<sup>a</sup> causa de carga global de enfermedad (Carvalho, Firth, & Vieta, 2020), (Vieta, et al, 2018). Aunado a esto, las personas que padecen trastorno bipolar tienen alta comorbilidad tanto con otros trastornos psiquiátricos como con otras enfermedades no psiquiátricas, lo cual se ha descrito que puede conducir a un peor pronóstico del trastorno bipolar. Dentro de los trastornos mentales de mayor coexistencia se ha reportado a la ansiedad (71%), al consumo de sustancias (56%), los trastornos de personalidad (36%) y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (de 10 a 20%).

Así mismo, los padecimientos no psiquiátricos que se han reportado como cómorbidos con el trastorno bipolar son la obesidad (21%), la diabetes mellitus

(14%), el síndrome metabólico (37%), la migraña (35%), estas enfermedades crónicas degenerativas, además de empeorar el pronóstico del curso del trastorno bipolar, conllevan a un mayor riesgo de mortalidad (tanto por la historia natural de las enfermedades como por suicidio), la cual se ha estimado hasta dos veces más (Carvalho, Firth y Vieta, 2020).

### Suicidio

Los trastornos afectivos al no recibir manejo oportuno pueden desencadenar en suicidio, el cual anualmente es llevado a cabo por alrededor de 800 000 personas con distintas enfermedades mentales (OMS, 2020). Se estima que, para el trastorno bipolar, la tasa de suicidio es de 20 a 30 veces más alta que para población general y la prevalencia de suicidio en dicho trastorno es del 6 al 7 % (Carvalho, Firth y Vieta, 2020).

Dentro de los trastornos que predicen mayormente un intento suicida se ha reportado al trastorno bipolar, al trastorno depresivo mayor y el trastorno de estrés postraumático. Así mismo, dentro de los factores de riesgo psicológicos establecidos para cometer intentos suicidas, se encuentran los episodios depresivos, medidos como una variable continua y no como un trastorno mental, además de la desesperanza y la impulsividad. Algunas variables se han postulado como de riesgo para cometer intentos suicidas en el trastorno bipolar, tales como el tener una edad menor de 35 años o mayor de 75 años, ser hombre, ser caucásico, vivir solo o tener un estado civil divorciado, estar desempleado, haber realizado intentos suicidas previos o tener familiares con antecedente de intento suicida o de suicidio consumado, además de cursar con polaridad de predominio depresiva (Miller y Black, 2020). Por otro lado, los factores que se han reportado como protectores de suicidio son la religión, estar casado, tener hijos y el empleo. La terapia artística, a su vez, también cuenta con evidencia de fungir como un elemento protector ante el riesgo de suicidio; por ejemplo, un ensayo clínico reciente en adolescentes y adultos jóvenes con antecedente de intentos de suicidio evaluó el impacto de 12 sesiones semanales de 90 minutos de arte terapia. Los resultados de este proyecto indicaron que al término de esta intervención, la tasa de fantasías

de muerte, ideación suicida y conducta autolesiva disminuyó en comparación con la medición previa a la maniobra (Sun-Hyun, K., 2014). En el caso particular del trastorno bipolar, existe escasa o nula información respecto al arte terapia y su influencia en el riesgo de suicidio de esta población. Sin embargo, estudios recientes hipotetizan las bondades de esta intervención y su posible impacto protector ante este riesgo, e inclusive, como facilitador de mayor adherencia al tratamiento farmacológico y psicológico, quizá, debido a que provee un espacio seguro de introspección controlada (Lewis, C.M.M 2020; Palupi, G.R.P., 2020). En otras palabras, el arte terapia o las actividades artísticas podrían facilitar el reconocimiento activo de la subjetividad de las personas. Este término alude a cualquier experiencia o vivencia individual o colectiva de las personas, y refiere a pensamientos, emociones, sentimientos o sensaciones que imperan en el mundo mental de la gente. Asimismo, su relación con el arte concurre en el hecho de que esta realmente corresponde más a un proceso emotivo con una saliencia conductual, que viceversa, y en el caso del trastorno bipolar, se ha descrito que quienes lo padecen, a menudo experimentan dificultades para identificar sus estados emocionales basales, pese al reconocimiento psicoeducativo de su comportamiento (Thompson G., 2015).

### Consumo de sustancias

Se ha establecido que el trastorno bipolar ocupa el segundo lugar en tasa de prevalencia más alta de trastornos por consumo de sustancias, solo después del trastorno antisocial de la personalidad en comparación con otros trastornos psiquiátricos (Salloum y Brown, 2017). De acuerdo a lo reportado en la literatura, esta alta comorbilidad de trastornos por consumo de sustancias en personas que padecen TBP se ha estimado con una prevalencia de por vida de 32%, así mismo, se ha calculado una prevalencia de 58% y 39% de abuso de alguna sustancia en personas que padecen TBPI y TBPII respectivamente; siendo el trastorno por consumo de nicotina el más frecuente con una prevalencia de por vida del 83% y actual mayor al 68%; seguida del trastorno por consumo de alcohol con una tasa de prevalencia de 25% (Salloum y Brown, 2017).

Así mismo, los abusos de sustancias más frecuentes reportados en personas con TBP, es en primer lugar el alcohol (49% y 38,9%), en segundo lugar, el cannabis (20% y 5,6%), en tercero la cocaína (11% y 5,6%), seguido de los hipnóticos-sedantes (7% y 5,6%), estimulantes (5,6% y 5,6%), opioides (5,6% y 5,6%) y alucinógenos (2,8% y 5,6%) (Salloum y Brown, 2017).

Adicionalmente, las personas que padecen trastornos por consumo de sustancias también tienen una mayor prevalencia de por vida de manía (3,7– 13,4%) y de hipomanía (3,7-13,4%) (Salloum y Brown, 2017).

Se ha descrito que los trastornos por consumo de sustancias tienen un impacto negativo en el trastorno bipolar, que va desde un aumento en la impulsividad, una mala adherencia al tratamiento y consecuentemente un empeoramiento en la sintomatología y el curso de la enfermedad, hasta detonantes de “encendido” de episodios de hipomanía/manía, esto último principalmente con sustancias como cannabis y estimulantes. Por todo lo anterior, al aumentar la gravedad del TBP, los trastornos por consumo de sustancias también incrementan la conducta suicida que consecuentemente eleva los costos de la enfermedad por hospitalizaciones (Salloum y Brown, 2017).

Aunque no se encontraron publicaciones sobre el papel que juegan las actividades artísticas con respecto al uso comórbido de sustancias en la bipolaridad, Megrnahan y Lynskey (2018) reportaron en una revisión sistemática de cinco ensayos clínicos controlados que la musicoterapia tuvo efectos positivos en personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias ya que ayudó a mejorar la contemplación, la preparación para el tratamiento, la motivación y la reducción de la apetencia. No obstante, debido a que fueron pocos los estudios que cumplieron con los criterios de inclusión, los autores señalaron que se necesitan más investigaciones para explorar la efectividad.

### Impacto económico y social

Según la OMS, en el estudio mundial de carga de enfermedad, el TBP es la 7ma causa principal de años de vida perdidos por discapacidad entre todas las

enfermedades a nivel mundial (Yildiz A, Ruiz P, & Nemeroff C. 2015). Lo anterior, en Estados Unidos de América generó costos de alrededor de 150 millones de dolares solamente en el año 2009 (Dilsaver, 2011); no obstante, en estudios más recientes, se ha estimado que los costos que van de 195 a 202 mil millones de dolares o más, en dicho país (Ogden C, 2022) (Cloutier M, 2015).

Aunado a lo anterior, se ha descrito que el TBP también tiene un impacto importante en la funcionalidad social de los paciente con menor probabilidad de contraer matrimonios o de depender de sus cuidadores (Yildiz A, Ruiz P, & Nemeroff C. 2015).

## **Modalidades terapéuticas para los trastornos afectivos**

### **Farmacoterapia**

#### Tratamiento farmacológico para la depresión bipolar aguda

Los fármacos considerados de primera línea en el manejo de la depresión bipolar aguda (en pacientes que no toman medicamentos anti-maniacos) son la quetiapina o lurasidona como tratamiento inicial. Para pacientes que no responden a dicho tratamiento o que no lo toleran, se sugiere considerar agregar los fármacos de segunda línea, como olanzapina más fluoxetina, valproato en monoterapia, terapia combinada con quetiapina más litio o valproato, y terapia combinada con litio más valproato o lamotrigina (Shelton R., Bobo W. 2021).

#### Tratamiento farmacológico para episodios de manía aguda

Generalmente se recomienda que el tratamiento farmacológico para episodios de manía se prescriba en un entorno intrahospitalario debido a la gravedad de la sintomatología y también con la finalidad de incrementar de manera más rápida las dosis con el objetivo de alcanzar una respuesta adecuada a corto plazo (lo que no sería posible lograr de forma ambulatoria), aunado a que, de manera ambulatoria es más difícil tener un apego adecuado al tratamiento dado la carencia de conciencia de enfermedad en estos episodios.

Los psicofármacos pueden usarse solos o en combinación, sin embargo, hay evidencia que existe mayor eficacia en la combinación de fármacos como carbonato de litio o valproato más un antipsicótico atípico como olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona y aripiprazol, los cuales están aprobados por la Food and Drug Administration (FDA). Adicionalmente, también se pueden utilizar benzodiacepinas como Lorazepam o Clonazepam como tratamiento sintomatológico para ayudar con alteraciones en el patrón del sueño, síntomas de ansiedad, cuadros de agitación psicomotriz o síntomas catatónicos (Stovall J. & Keck P., 2021).

Tabla 1. Medicamentos aprobados por la FDA (Administración de Drogas y Alimentos) para el tratamiento del trastorno bipolar.

| Fármaco                    | Manía o síntomas mixtos | De-presión | Mante-nimiento | Comentarios  | Efectos adversos   |
|----------------------------|-------------------------|------------|----------------|--|--|
| Carbonato de litio         | X                       |            | X              | Efecto antisuicida   | Hipotiroidismo, niveles de calcio elevados, reducción de la función renal                          |
| Carbamazepina              | X                       |            |                |  | Inducción del CYP450, toxicidad hepática, agranulocitosis, erupción cutánea, efectos teratogénicos |
| Valproato:                 |                         |            |                |  |  |
| - De liberación inmediata  | X                       |            |                | Útil para episodios mixtos   | Inhibición de CYP450, efectos teratogénicos, toxicidad hepática, temblores, trombocitopenia        |
| - De liberación prolongada | X                       |            |                |  |  |
| lamotrigina                |                         |            | X              | Útil para prevención de episodios depresivos                           | Erupción, Síndrome de Stevens – Johnson  |
| Antipsicóticos             |                         |            |                |  |  |
| - Aripiprazol              | X                       |            | X              | Útil para predominio de polaridad maniaca, perfil metabólico favorable | acaticia   |
| - Arsenapine               | X                       |            |                | Puede ser eficaz para síntomas depresivos                              | Acatisia, somnolencia, riesgo de síndrome metabólico   |
| Cariprazina                | X                       | X          |                | Buen perfil metabólico   | Acatisia   |

|                                  |   |   |   |  |   |
|----------------------------------|---|---|---|--|---|
| Clorpromazina                    | X |   |   | Efectos rápidos  | Riesgo de cambiar a depresión, sedación, síntomas extrapiramidales                                  |
| Lurasidona                       |   | X |   | Debe ingerirse con comida, perfil metabólico favorable   | Acatisia y sedación   |
| Olanzapina                       | X |   | X | Efectos rápidos  | Somnolencia, alto riesgo de alteraciones metabólicas  |
| Olanzapina-fluoxetina            |   | X |   |  | Somnolencia, alto riesgo de alteraciones metabólicas  |
| Quetiapina: Liberación inmediata | X | X | X | Igualmente eficaz para prevención de episodios maníacos y depresivos                             | Somnolencia, aumento de peso, anormalidades metabólicas   |
| De liberación prolongada         | X | X |   |  | Somnolencia, aumento de peso, anormalidades metabólicas   |
| Risperidona                      | X |   | X | Disponible en una formulación para inyección intramuscular mensual para terapia de mantenimiento | Efectos secundarios extrapiramidales, aumento de peso, alteraciones metabólicas, hiperprolactinemia |
| Ziprasidona                      | X |   |   | Útil para polaridad maníaca predominante, buen perfil metabólico                                 | Prolongación del intervalo QTc en ECG, acatisia, hipotensión  |

---

(Tomado, traducido y adaptado de: Carvalho, Firth, & Vieta, 2020)

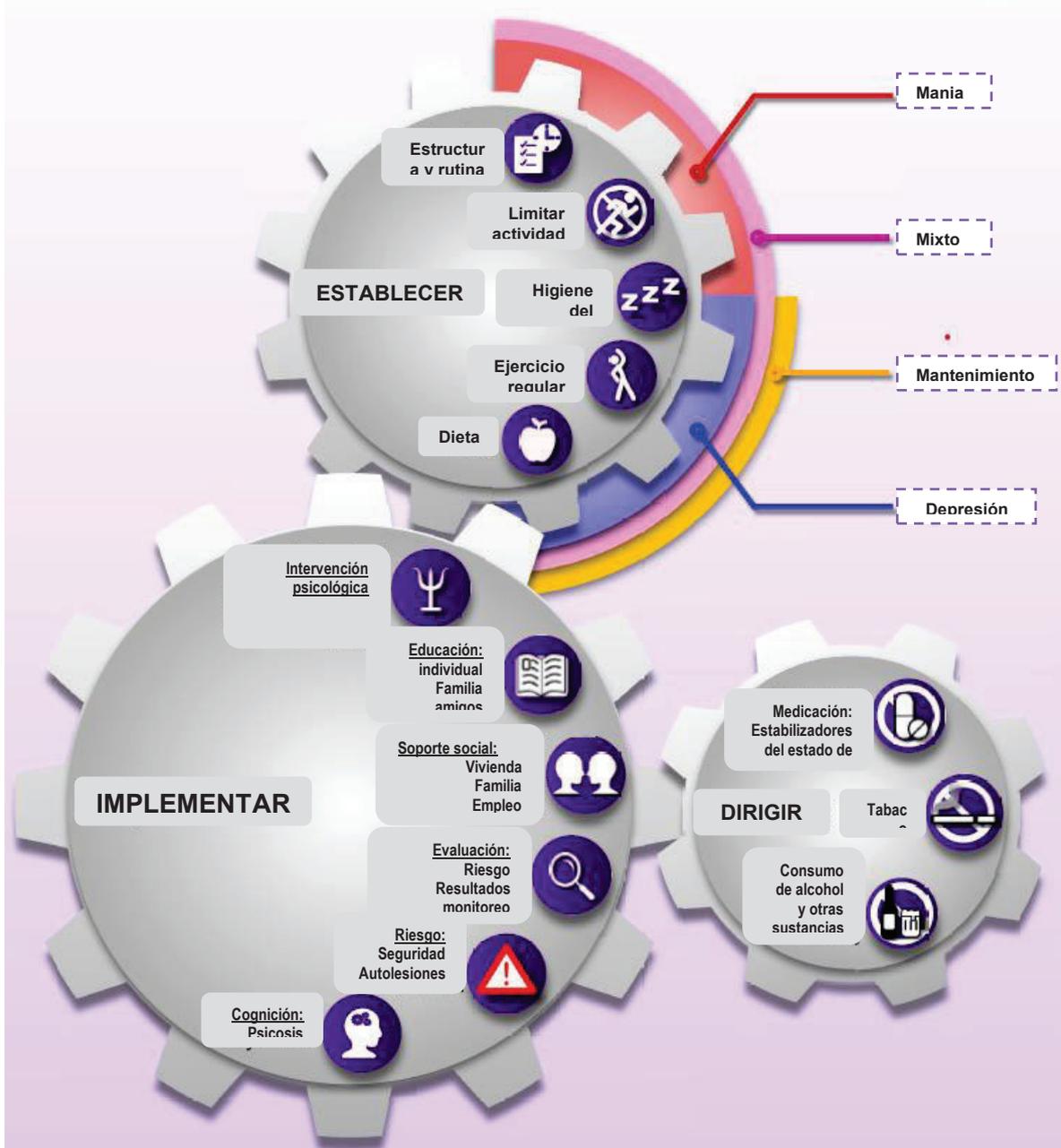


Figura 1.- Manejo del trastorno bipolar. (Tomado y traducido de: Malhi, Bell, Bassett, Boyce, Bryant, Hazell & Murray, 2021)

### Psicoterapia

Aunque el tratamiento de elección en el TBP es farmacológico y la psicoterapia se considera un manejo complementario, existe un consenso en que el tratamiento

idóneo de estos trastornos es la combinación de ambos tratamientos, por lo que el abordaje psicoterapéutico se vuelve un manejo fundamental para la estabilización y recuperación de los pacientes con TBP (Malhi, Bell, Bassett, Boyce, Bryant, Hazell & Murray. 2021; Miklowitz, et al. 2020; Goldstein & Hafeman. 2020).

De acuerdo con la medicina basada en evidencias, las psicoterapias recomendadas para el TBP son aquellas cuyos cortes psicoterapéuticos son manualizados como la psicoeducación, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la terapia interpersonal y de ritmo social (IPSRT), la terapia centrada en la familia y la terapia de remediación cognitiva (Malhi, Bell, Bassett, Boyce, Bryant, Hazell & Murray. 2021; Miklowitz, et al. 2020; Vieta, et al. 2018; Goldstein & Hafeman. 2020). Según una reciente revisión sistemática de Miklowitz et al (2020), diversos ensayos aleatorizados demostraron que el tratamiento psicoterapéutico manualizado se asoció con tasas de recurrencia más bajas del TBP, así mismo, se documentó con la psicoeducación tanto menor duración de los episodios y como menor duración de las hospitalizaciones y se reportó que la TCC, la IPSRT y la terapia centrada en la familia se asociaron con una mayor estabilización de los síntomas depresivos en el TBP.

Por otro lado, otros estudios han informado que la terapia de remediación cognitiva mejora el funcionamiento tanto en pacientes con TBI y TBPII con deterioro funcional psicosocial, además de mejorar la gravedad de la sintomatología depresiva (Vieta, et al. 2018). Recientemente, investigadores se han dado a la tarea de evidenciar la mejoría funcional por medio de estudios de neuroimagen (resonancia magnética de cráneo funcional), quienes demostraron que posterior a la terapia de remediación cognitiva existe un aumento significativo de la actividad en la en la corteza prefrontal dorsolateral (dlPFC) durante la memoria de trabajo, lo que indica normalización de la función y predice la mejoría de las funciones ejecutivas al finalizar el tratamiento, independientemente de los cambios en los síntomas subsindrómicos (Ott, Macoveanu, Bowie, Fisher, Knudsen, Kessing & Miskowiak. 2021), sin embargo, aún se necesitan más estudios que utilicen resonancia magnética funcional para la validación del modelo.

Respecto a las limitantes terapéuticas de las intervenciones ya descritas, se resalta que muchas de estas, en gran medida, requieren a menudo de una reserva cognitiva por parte del paciente, que, en ocasiones, podría verse afectada por el deterioro neurobiológico de la condición. Por ejemplo, los mecanismos ejecutivos y conductuales por el cual se adhieren muchas de estas intervenciones podrían verse impactados negativamente por las dificultades cognoscitivas que estas personas padecen. En el caso particular de la farmacoterapia, si bien esta es el pilar del tratamiento, realmente no provee una oportunidad de introspección o reflexión para el paciente ante su adherencia al mismo tratamiento, su condición de enfermo o enferma, o del deterioro o progresión de la enfermedad. Dicho lo anterior, el arte terapia suele dejar por lado los aspectos más ‘conductuales’ o ‘biologicistas’ de las intervenciones ya descritas, permitiendo un espacio más permisivo ante la experiencia subjetiva del estado emocional en el cual se encuentren en un momento determinado. Inclusive, estudios previos resaltan que, en ocasiones, los pacientes con esta condición suelen tener limitaciones importantes de su propio reconocimiento afectivo, y que este puede ser facilitado por intervenciones como el arte terapia, por los mecanismos ya postulados y propuestos en el enunciado anterior. Debido a esto, se considera como un campo en estudio prometedor (Lazar, A., 2018; Chiang, M., 2019).

## **Arteterapia**

De acuerdo con la asociación americana de arteterapia, esta intervención es definida como “una profesión integradora de salud mental y servicios humanos que enriquece las vidas de las personas, las familias y las comunidades a través de la creación de arte activa, el proceso creativo, la teoría psicológica aplicada y la experiencia humana dentro de una relación psicoterapéutica” (American Art Therapy Association, sf), la cual es aplicada por un profesional especializado para apoyar al tratamiento personal y ayudar a mejorar la cognición, las funciones sensoriomotoras, a fomentar la autoestima y la autoconciencia, la percepción,

además de mejorar las relaciones interpersonales” (American Art Therapy Association, sf).

Se ha descrito que la arte terapia contribuye a la recuperación de los trastornos mentales, mejora la autopercepción y el reconocimiento, promueve el empoderamiento, la toma de decisiones, los cambios personales, el fortalecimiento tanto de la motivación como de las metas y propósitos, así mismo, se ha descrito que ayuda a los pacientes a sentirse más resolutivos y con mayor independencia e inclusive que mejora la interacción social, fortaleciendo la conexión con otros individuos (Van-Lith, Fenner & Schofield. 2009), (Van-Lith, Schofield & Fenner, 2013) (Blomdahl, Gunnarsson, Guregård, Rusner, Wijk & Björklund. 2016), (Haeyen, Chakhssi & Van-Hooren. 2020), (Im & Lee, J. I. 2014).

Así mismo, se ha encontrado que también disminuyen los síntomas de depresión. Según un estudio de Gussak (2009), que se realizó en mujeres y hombres presos, encontró que la arteterapia influyó positivamente en el estado de ánimo y el locus de control los participantes, siendo las mujeres las que probablemente pudieran ser más receptivas a esta intervención; sin embargo, como limitante, fue una población pequeña de sólo dos centros penitenciarios de Estados Unidos. De la misma manera, Im y Lee, (2014) posterior a implementar un programa de terapia de arte y musicoterapia a 94 personas mayores de 60 años, encontraron que estas intervenciones son eficaces para disminuir síntomas depresivos y mejorar la cognición en adultos mayores.

Por otro lado, Haeyen, Chakhssi, y Van Hooren (2020), aplicaron encuestas con medidas repetidas a 528 personas con algún trastorno de personalidad, quienes reportaron percibir beneficios de la arteterapia, que puntuaron más alto en el funcionamiento emocional y social que correspondía a una mejor expresión de emociones, una autoimagen más positiva y estable, mejor toma de decisiones, reconocimiento y comprensión.

Aunado a lo anterior, Blomdahl, Gunnarsson, Guregård, Rusner, Wijk, & Björklund (2016), realizaron cuestionarios tipo Delphi a dieciocho terapeutas ocupacionales con experiencia en arteterapia, encontrando que en la mayoría de respuestas hubo

un consenso respecto a que la arteterapia mejora el autocontrol, el sentido de vida, promueve el cambio personal y fortalece la personalidad de los clientes, que contribuye a mejorar el bienestar y la recuperación de las enfermedades.

Respecto a las revisiones sistemáticas publicadas sobre la efectividad de la arteterapia en trastornos mentales, Leckey (2011) revisó 11 estudios con distintas metodologías (cualitativa, cuantitativa o mixtas), en los cuales, si bien informaron que el arte es un factor protector de la salud mental y promueve el bienestar, de acuerdo a Leckey, es necesario realizar más estudios sobre los efectos de las artes creativas y delimitar de manera clara qué se entiende por bienestar mental para poder respaldar estas afirmaciones.

Con relación a las revisiones sistemáticas de estudios cuantitativos, Uttley, Stevenson, Scope, Rawdin y Sutton, (2015), realizaron una revisión sobre la efectividad clínica de la arteterapia grupal en pacientes con trastornos mentales no psicóticos de 11 ensayos controlados aleatorizados, en donde concluyeron que la arteterapia se asoció con cambios positivos en relación con el grupo de control y que apuntaba a puede ser rentable, no obstante, indicaron que la mayoría de los estudios fueron en general de mala calidad por lo que podría haber sesgos en los mismos. Así mismo, Regev y Cohen-Yatziv (2018), llevaron a cabo una revisión sistemática de 27 estudios cuantitativos publicados de 2000 a 2017 en pacientes con diversas condiciones médicas o no diagnosticados que enfrentaban desafíos diarios; en general, reportaron que, aunque los resultados de las investigaciones parecían ser alentadores, no pudieron realizar un metaanálisis ya que la mayoría de los estudios difirió en el tipo y duración de las intervenciones, además de señalar que no hubo suficientes estudios para un trastorno en específico y que muchas de las terapias fueron impartidas por personal no calificado, por lo que no se podía sugerir si la terapia es eficaz y debido a lo anterior recomendaron que se ampliara la investigación en torno a estudios cualitativos (los cuales no se incluyeron en esta revisión).

Por otro lado, Schouten, De Niet, Knipscheer, Kleber y Hutschemaekers (2015), realizaron una revisión sistemática de seis ensayos clínicos controlados, los cuales informaban que la arteterapia disminuyó significativamente los síntomas del trauma

psicológico, sin embargo, las muestras fueron pequeñas y con debilidad metodológica. De igual manera, Abbing, Ponstein, Van Hooren, De Sonnevill, Swaab y Baars, (2018) hicieron una revisión sistemática de ensayos controlados no aleatorizados, en este caso, enfocándose en la arteterapia dirigida a la ansiedad, la cual sólo incluyó a tres estudios (debido a que los demás fueron excluidos por no cumplir con criterios) sumando un total de 162 pacientes; al igual que en las revisiones anteriores, también señalaron un alto riesgo de sesgo en estos ensayos incluidos por lo que tampoco pudieron arrojar conclusiones sólidas, haciendo hincapié en la necesidad de realizar estudios de mayor calidad metodológica.

Van Lith, Schofield y Fenner (2013) realizaron una revisión de 23 estudios en total (13 cualitativos, cuatro cuantitativos y seis estudios mixtos) para investigar los beneficios del arte en la recuperación de la salud mental; en dicho estudio describieron que el arte contribuye a la recuperación de los trastornos mentales, mejora la autopercepción y el reconocimiento, promueve el empoderamiento, la toma de decisiones, los cambios personales, el fortalecimiento tanto de la motivación como de las metas y propósitos, además de ayudar a los pacientes a sentirse más resolutivos y con mayor independencia e inclusive que mejora la interacción social, fortaleciendo la conexión con otros individuos. Sin embargo, también resaltaron que es necesario estudiar más las prácticas de arte en el proceso de recuperación con métodos mixto y diseños longitudinales e investigar en qué personas podrían tener más beneficios estas prácticas.

Adicionalmente, un año después, Van Lith (2014), publicó un estudio con métodos mixtos sobre 12 participantes que asistieron a programas de arte de servicios de rehabilitación psicosocial, en esta investigación, el autor informó que el arte fomenta de manera importante la espiritualidad, lo que contribuyó al proceso de recuperación.

En otro estudio cualitativo publicado previamente por otros autores (Lloyd, Wong y Petchkovsky, 2007), se realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho personas con trastornos mentales que pertenecían a un programa de arte comunitario, en el cual encontraron que el programa facilitó la recuperación interna, ya que los

participantes describieron que el arte es uno de los medios de expresión preferidos, es una actividad significativa y útil que los ayudó a conocerse más a sí mismos a encontrar un propósito, a aceptar y controlar su enfermedad, además de sentirse empoderados para enfrenar nuevos desafíos.

Heenan (2006), encontró en un estudio de grupos focales en quienes se impartió terapia de arte por una organización de salud mental comunitaria en Irlanda, que los cursos de arteterapia ayudaron a mejorar la autoestima, la autoconfianza, el empoderamiento y la recuperación, además que los participantes describieron al programa como catártico (ya que libera el estrés y ansiedad) y como un puente para participar en otros proyectos.

Más recientemente, Stickley, Wright, & Slade (2018), conjuntaron 17 estudios en una revisión sistemática cualitativa, con un total de 38 participantes que hicieron uso de los servicios de salud mental y que aceptaron participar en actividades artísticas para mejorar su condición mental. Estos autores concluyeron que las actividades artísticas ayudaron en la recuperación, en especial al mejorar la conexión con los demás y fomentar la esperanza.

En otro orden, Chiang, Reid-Varley y Fan (2019), en una revisión narrativa sobre la arteterapia para trastornos mentales graves (como esquizofrenia, trastornos relacionados con el trauma, depresión mayor y trastorno bipolar), reportaron que dicha intervención redujo síntomas específicos como síntomas ansiosos, depresivos, psicóticos y traumáticos, mejoró la capacidad de los pacientes para acceder a las emociones, aumentó las habilidades sociales, el apego farmacológico y el funcionamiento e incrementó la satisfacción con la atención, con lo anterior, señalaron que la literatura sugiere que es una intervención de alto beneficio y de bajo riesgo; empero, al igual que en otras revisiones, también encontraron debilidad metodológica en la mayoría de los estudios, reafirmando que se necesitan mayores investigaciones al respecto con mayor calidad metodológica. Así mismo, resaltaron que los diferentes trastornos mentales, parecen responder de diferente manera a los distintos tipos de terapia de arte, por lo que sería importante ahondar en cada uno de los trastornos, en el caso de la presente investigación, del trastorno bipolar,

ya que existen pocas investigaciones que han documentado los efectos del arte en personas que padecen este trastorno. Palupi, Rahmanto y Lestari (2020) en un estudio con enfoque de análisis fenomenológico interpretativo, reportaron que el arte se utilizó como medio de catarsis y que ayudó a sobrellevar el padecimiento tanto en episodios maníacos como depresivos, sin embargo, el estudio sólo se realizó en un participante y no indagó en el proceso de recuperación.

El resto de estudios encontrados en la literatura que hablan sobre la influencia del arte en el proceso de recuperación del trastorno bipolar, se enfocaron en los episodios psicóticos de dicho trastorno, además de incluir en los mismos estudios, otros trastornos psicóticos como la esquizofrenia. Uno de ellos fue realizado por Colbert, Cooke, Camic y Springham (2013), en el cual los participantes describieron que el arte los ayudó a reducir las alucinaciones auditivas, aumentar la inclusión social y consecuentemente promover su bienestar y recuperación, sin embargo, de los 12 participantes que se incluyeron en la muestra, sólo uno de ellos tenía el diagnóstico de trastorno bipolar y otro de trastorno esquizoafectivo de tipo bipolar. Así mismo, Yildiz (2021), hizo mención de la terapia ocupacional y de la arteterapia como una de las intervenciones que se usan como tratamiento en la rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia y del trastorno bipolar, sin embargo, no ahondó en los beneficios de estos, señalando que es necesario realizar más estudios para determinar su efectividad y en qué síntomas podría funcionar, por otro lado, este artículo no incluyó el tipo de metodología que se implementó en el proceso del estudio.

Adicionalmente, son pocos los estudios que se han publicado respecto a los beneficios del arte como práctica de la vida diaria y no como una intervención, dentro de la literatura gris, Namuth y Chase (2020), informaron en un estudio cualitativo, cómo cinco artistas promueven su bienestar por medio del arte, encontrando, de acuerdo a los discursos de los participantes, que produce un efecto similar al de la meditación, brinda un sentido de mayor propósito e inclusive sugirieron que otras personas también deberían practicar el arte.

## ARTE Y TRASTORNO BIPOLAR

### Definición operacional del concepto de <<arte>>

Por muchos años, la definición del arte giró en torno a la estética con relación a la finalidad de manifestar belleza y producir placer. No obstante, ha sido un dilema crear un consenso sobre dicha definición, habiendo distintas posturas para determinar qué es arte y qué no. Según Tolstoi, “el arte es una actividad humana, por medio de la cual ciertos hombres transmiten a otros sus sentimientos y no un culto de la belleza, ni una manifestación de la idea” (Tolstoi,2012), siendo para este autor la transmisión de emociones o el “contagio artístico” el principal criterio para distinguir un verdadero arte del arte falso, lo que a su vez depende de la innovación u originalidad, la claridad y sinceridad de los sentimientos que expresa el artista. Por otro lado, Tolstoi también resalta otros elementos que, a su criterio, contribuyen a generar falsificación en el arte, como 1) la profesionalización de los artistas, 2) la crítica del arte y 3) la enseñanza del arte (Tolstoi, 2012).

Así mismo, en países europeos como en Gran Bretaña, se ha hecho la distinción entre <<high art>> y <<low art>> para diferenciar el arte que se forma en la academia, al cual tienen acceso las minorías (high art) del arte que no ha sido reconocido por instituciones de enseñanza ni se muestra en museos o galerías (low art). El <<low art>>, también ha adquirido otra terminología equivalente como <<Art Brut>>, acuñado por Dubuffet en 1945 (Ramírez y Cares, 2011), y Outsider Art, descrito por Roger Cardinal en 1972 (Dapena-Tretter, 2017). Los cuales han generado controversia entre algunos autores, pero, para fines prácticos y concordando con el mismo Cardinal, ambos términos hacen referencia al arte autodidacta, espontáneo, original, que se rige por un impulso creativo que responde a la necesidad de expresión como medio de contacto humano y que no se aprende en las instituciones de enseñanza, que no se profesionaliza ni necesariamente se muestra en las galerías públicas (Cardinal, 2009), (Ramírez y Cares, 2011), (Dapena-Tretter, 2017), (Wiertz, 2020), por lo que para fines de la presente

investigación adoptaremos esta definición de arte con la finalidad de ser mayormente inclusivos y no dejar de lado a artistas que también han aprendido del arte pero de manera autodidacta, es decir, se incluirán en este estudio tanto a participantes de <<high art>> como de <<low art>>.

### **Arte, creatividad y su relación con la bipolaridad**

A lo largo de la historia, se ha estudiado cómo los trastornos mentales se vinculan con la creatividad y el arte, lo cual se ha hecho más evidente en los últimos años, principalmente en la relación que la creatividad tiene con el trastorno bipolar.

De acuerdo a Kaufman (2019), tanto los pacientes que padecen formas leves de trastorno bipolar como hipomanía o niveles subclínicos como los familiares no afectados, parecen tener mejor creatividad.

En un estudio de casos y controles anidado, de Kyanga y colaboradores, realizado con registros longitudinales de población sueca, se encontró que las personas que padecen trastorno bipolar tenían en mayor medida ocupaciones y profesiones creativas, en comparación con el grupo control, así mismo, reportaron que los familiares de primer grado (no afectados) de los pacientes también tenían más probabilidades que el grupo control de tener un empleo artístico y mayor creatividad (Kyaga, et al, 2011).

En un estudio cualitativo de grupos focales que investigó cómo las personas altamente creativas con trastorno bipolar entienden este vínculo de creatividad-trastorno bipolar, los pacientes informaron que si bien, en los episodios de manía experimentan mayor brillantez, energía y creatividad “ilimitada”, esto puede ser un obstáculo para la creación eficiente, por lo que hicieron hincapié en la importancia de encontrar un “punto óptimo” de medicación donde los síntomas disfóricos se minimicen sin perjudicar la creatividad; así mismo, señalaron que los profesionales de salud raramente toman en cuenta la importancia que la creatividad tiene para ellos, además de los beneficios de la misma, afirmando que consideran que es una estrategia terapéutica y desean que se incorpore al tratamiento del Trastorno Bipolar (Johnson, Moezpoor, Murray, Hole, Barnes, Crest, Michalak. 2016).

Por otro lado, Power et al (2015) documentaron en un estudio de asociación de genoma completo (GWAS) que las puntuaciones de riesgo poligénico más altas, se asociaron con pertenecer a una sociedad artística o a una profesión creativa, sugiriendo que la creatividad y la psicosis en personas con trastorno bipolar o esquizofrenia, comparten raíces genéticas.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Recuperación: la concepción del proceso de recuperación (modelos)**

En esta investigación, interesa conocer cómo las actividades artísticas han incidido en el proceso de recuperación de los participantes, por ello, el marco teórico que sustenta el estudio, versa alrededor del tema de la recuperación. Existen diversos abordajes sobre lo que es la recuperación en los procesos de enfermedad, siendo estos, el modelo biomédico, el modelo basado en la rehabilitación, el basado en el empoderamiento y la recuperación personal.

A continuación se describen brevemente cada una de ellos, sin embargo, se hablará con mayor detalle de la propuesta de *recuperación personal*, ya que es el modelo elegido como marco teórico de referencia en esta investigación de acuerdo con los objetivos que la rigen. (Tabla 1).

#### Modelo biomédico

El modelo biomédico contempla a la recuperación como un retorno a la salud, es decir, conceptualiza a la recuperación como curación o remisión de los síntomas y su enfoque es la prevención de recaídas. Incluye los conceptos de a) respuesta, la cual es considerada por algunos autores como la reducción significativa de la sintomatología al grado que el paciente no cumpla con los criterios diagnósticos para el trastorno (Sachs G., Rush J. 2003); y de remisión, que, debido a que el trastorno bipolar es un padecimiento crónico, se habla de remisión de los episodios, ya sea depresivos, de hipomanía o manía; se considera remisión parcial cuando han desaparecido algunos de los signos o síntomas y remisión completa cuando dichos síntomas están ausentes durante un periodo mínimo de seis meses los

cuales se valoran objetivamente por medio de cuestionarios como la escala de depresión de Hamilton con puntuaciones  $\leq 7$  puntos (Rush, Roy-Byrne y Solomon, 2019) y la escala de manía de Young, en donde una puntuación igual o menor a 6 es considerada como eutimia (Sachs G., Rush J. 2003).

Así mismo, este modelo considera dos tipos de recuperación:

- 1) Recuperación sindrómica: el paciente ya no cumple con los criterios diagnósticos del episodio sindrómico predefinido a pesar de que existan síntomas residuales.
- 2) Recuperación sintomática, la cual consiste en la ausencia total de los síntomas del estado de ánimo durante un período prolongado (Rush J. 2015) (Sach G. & Rush J. 2003).

No obstante, este modelo, al basarse principalmente en valoraciones clinimétricas (escalas) y fundamentar la recuperación como la ausencia de los síntomas, se aleja de la percepción del paciente, lo cual ya ha sido reportado en investigaciones previas, que describen que sólo el 14% de los participantes reconoce la recuperación como la ausencia de síntomas (Andresen R., Oades L., & Caputi P. 2003). Así mismo, algunos individuos pueden continuar con algunos síntomas residuales por lo que la ausencia total de síntomas podría parecer una utopía más que una realidad pero que no necesariamente genere disfuncionalidad.

#### Modelo basado en la rehabilitación (recuperación funcional)

El modelo basado en la rehabilitación, data de los años 90's y sostiene que, aunque la enfermedad es incurable, es posible que la persona pueda tener una vida semejante a la premórbida, pero prevaleciendo el hecho de que habrá una discapacidad en uno o varios dominios (como el social, ocupacional, académico e independiente), por lo que su objetivo es aminorar la disfuncionalidad (Van-der-Voort, T., Seldenrijk, A., van Meijel, B., Goossens, P., Beekman, A., Penninx, B., & Kupka, R. 2015).

Si bien, es de suma importancia considerar la funcionalidad de los pacientes, este modelo, según diversos autores, también difiere con la conceptualización de recuperación de los participantes, ya que la mayoría de personas que padecen trastornos mentales no considera como criterio de recuperación el regresar a los

roles previos o a su vida premórbida (Andresen R., Oades L., & Caputi P. 2003) (Lloyd C., Wong S., & Petchkovsky L. 2007). Así mismo, el hecho de que se considere que prevalecerá de por vida cierto grado de disfuncionalidad o discapacidad, podría promover el pesimismo, la desesperanza, la pérdida de la identidad y del sentido de vida en las personas con TBP y con ello la cronicidad del padecimiento y una evolución desfavorable.

### Modelo basado en el empoderamiento

Este modelo parte de que la enfermedad mental es un signo de angustia emocional severa frente a factores estresantes abrumadores e ignora las bases biológicas de los trastornos mentales, por lo que las versiones más extremistas de este modelo, niegan la necesidad de la medicación. Así mismo, sostiene que el desarrollo posterior de la enfermedad depende de la respuesta de la persona, argumentando que, con entendimiento, optimismo y empoderamiento, se puede sanar y regresar al rol social previo (Andresen R., Oades L., & Caputi P. 2003); lo cual también difiere con la percepción de muchos individuos, ya que según Campos-Ruiz L. y Vargas-Huicochea I. (2021), las personas, más bien consideran a la recuperación como un puente entre la enfermedad y la salud y no como un retorno a su vida premórbida. Por otro lado, los defensores de este modelo no consideran a la recuperación como un proceso continuo (Andresen R., Oades L., & Caputi P. 2003), lo que contrasta con los resultados de otros estudios, en donde las personas perciben a la recuperación como un proceso continuo, complejo y no lineal (Campos-Ruiz L. y Vargas-Huicochea I. 2021) (Lloyd C., Wong S., & Petchkovsky L. 2007).

### Modelo de recuperación personal

Según Andresen R., Oades L., & Caputi P. (2003), este concepto retoma algunos aspectos modelo basado en el empoderamiento y del modelo basado en la rehabilitación, además comprende el establecimiento de una vida plena y significativa, independientemente de si la enfermedad sigue presente o no; se considera un concepto más integral, holístico y compatible con las creencias de los

pacientes con trastornos mentales graves, ya que se conceptualiza con base a las experiencias personales de los individuos, a través de narrativas y testimonios reportados en diversas investigaciones, los cuales fueron revisados, analizados y reportados por Andresen R., Oades L., & Caputi P. (2003).

Este modelo, a diferencia del modelo biomédico, no parte de la presencia o ausencia de los síntomas ni se basa en valoraciones clinimétricas. Si bien toma algunos aspectos de la recuperación funcional (respecto a que considera la calidad de vida de las personas y la reinserción a los entornos), difiere de este último en que los individuos pueden redefinir su identidad y su sentido de vida a pesar de la enfermedad, viendo al proceso de salud enfermedad como un continuum y no como un destino final del que no se pueden librar, es decir, que si la discapacidad que en el modelo de recuperación funcional se considera que prevalecerá de por vida, aquí se considera sólo como una parte del proceso. Es por eso que el modelo de recuperación personal se considera el más pertinente para guiar a la presente investigación.

Este modelo consta de cuatro procesos de la recuperación personal, los cuales consisten en:

- (i) Encontrar esperanza: descrita como la anticipación de que en un futuro un estado mejorará o la confianza de que habrá un buen estado continuo, además de fijarse metas, caminos hacia ellas con la creencia en la capacidad de perseguirlas. El encontrar esperanza es un detonante de la recuperación y también mantiene el proceso de recuperación.
- (ii) Redefinición de la identidad: Uno de los principales impactos de los trastornos mentales son la pérdida de la identidad (es decir, del sentido de “quien soy”) o la erradicación de algún aspecto que forma parte de la identidad, como la salud, llegando inclusive a definirse por la enfermedad o trastorno, por lo que para recuperarse es fundamental una autoredefinición. En este proceso entonces, se reestructura el sentido de identidad perdido en el proceso de enfermedad.

(iii) Encontrar sentido a la vida: el padecimiento implica replantearse las fuentes del sentido a la vida, es decir, conlleva a encontrar nuevamente lo que hace valiosa a la vida, lo que le da un propósito o un significado. Dicha fuente puede variar entre las personas y pueden ser, por ejemplo, la familia, el trabajo, la espiritualidad, actividades placenteras, entre otras.

(iv) Asumir la responsabilidad de la recuperación: lo cual implica una autogestión del bienestar, compromiso tanto con el apego al tratamiento como a su seguimiento, además de autodeterminación para ser partícipe en el manejo de su propio padecimiento y adquirir responsabilidad sobre las decisiones tomadas (Andresen R., Oades L., & Caputi P. (2003).

Así mismo, este modelo de recuperación personal está compuesto las siguientes etapas:

- 1) Moratoria: es una etapa de negación acompañada de desesperanza y un sentido de pérdida.
- 2) Conciencia: se caracteriza por concebir que no todo está perdido y empezar a considerar, al menos como posibilidad, una vida plena.
- 3) Preparación: etapa en la que el individuo comienza a prepararse en el desarrollo de las habilidades de recuperación y a sopesar las ventajas de ello.
- 4) Reconstrucción: la persona empieza a trabajar en sus propósitos y metas, tomando el control de su vida, reconstruyendo su propia identidad positivamente.
- 5) Crecimiento: etapa en la que la persona logra una plenitud, una vida significativa, tomando el control de la enfermedad, con empoderamiento. Aquí se hace evidente el bienestar psicológico, es decir, el crecimiento personal las relaciones interpersonales positivas, la funcionalidad y el propósito de la vida. (Andresen R., Oades L., & Caputi P. 2003), (Andresen R., Oades L., & Caputi P. 2006).

**Tabla 2. Cuadro comparativo de los diferentes marcos teóricos que hablan del proceso de recuperación**

| <b>Modelos de recuperación</b>     |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|
| <b>Modelo</b>                      | <b>Fortalezas</b>   | <b>limitaciones</b>   | <b>análisis</b>   |
| <b>Biomédico</b>                   | Valoración objetiva de la evolución clínica por medio de clinimetrías y respectivos puntajes. | sólo el 14% de las personas reconoce la recuperación como la ausencia de síntomas | al basarse en valoraciones clinimétricas y fundamentar la recuperación como la ausencia de los síntomas, se aleja de la percepción del paciente   |
| <b>Basado en la rehabilitación</b> | Considera a la calidad de vida como uno de sus objetivos.                                     | Supone que habrá una discapacidad de por vida en uno o varios dominios.           | el hecho de que se considere que prevalecerá de por vida cierto grado de disfuncionalidad o discapacidad, podría promover el pesimismo, la desesperanza, la pérdida de la identidad y del sentido de vida en las personas con TBP y con ello la cronicidad del padecimiento y una evolución desfavorable. |

|                                    |  |   |  |
|------------------------------------|--|---|--|
| <b>Basado en el empoderamiento</b> | Aborda el entendimiento, optimismo y empoderamiento. | <p>-las versiones más extremistas de este modelo, niegan la necesidad de la medicación.</p> <p>-considera que se puede sanar y regresar al rol social previo</p> <p>-no considera a la recuperación como un proceso continuo.</p> | <p>El hecho de negar la necesidad de medicación, conociendo el lado biologicista del TBP, podría poner en riesgo la estabilidad afectiva de las personas con TBP.</p> <p>Por otro lado, difícilmente se puede regresar a la vida previa, cuando la vida en sí es un proceso de constantes cambios; en contraste el modelo de recuperación personal considera que se puede adquirir un nuevo sentido a la vida.</p> |
| <b>Recuperación personal</b>       | no parte de la presencia o ausencia de los síntomas  | ninguna   | - No parte de la presencia o ausencia de los síntomas ni se  |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
|  | <p>considera la calidad de vida de las personas y la reinserción a los entornos</p> <p>los individuos pueden redefinir su identidad y su sentido de vida a pesar de la enfermedad.</p> |  | <p>basa en valoraciones clinimétricas.</p> <p>-Los individuos pueden redefinir su identidad y su sentido de vida a pesar de la enfermedad,</p> <p>- La discapacidad aquí se considera sólo como una parte del proceso y como como el destino.</p> |
|--|--|--|---|

**Tabla 3. Procesos de la recuperación personal**

| <b>Procesos de la recuperación personal</b>     |
|---|
| 1. Encontrar esperanza                          |
| 2. Redefinición de la identidad                 |
| 3. Encontrar sentido a la vida                  |
| 4. Asumir la responsabilidad de la recuperación |

**Tabla 4. Etapas de la recuperación personal**

| <b>Etapas de la recuperación personal</b> |
|---|
| Moratoria                                 |
| Conciencia                                |
| Preparación                               |
| Reconstrucción                            |

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El trastorno afectivo tipo bipolar es un padecimiento psicopatológico con elevada carga de enfermedad a nivel mundial, y esta, medida con base en los años de vida ajustados por discapacidad (DALY) (OMS, 2017).

Debido a la morbilidad e impacto causado por este padecimiento tanto en sus localidades inmediatas, así como a nivel global, a lo largo de tiempo se han desarrollado múltiples estrategias e intervenciones multimodales que pretenden disminuir dicho impacto. Aunque entre estas, se incluyen a los tratamientos biológicos, tales como el uso de farmacoterapia o neuroestimulación, así como a las intervenciones psicosociales, donde se pueden encontrar algunos tipos de psicoterapia de distintos cortes (Vieta, et al. 2018); el abordaje se sigue centrando en el modelo biomédico, el cual al fundamentar la recuperación como la ausencia de los síntomas, se aleja de la subjetividad y percepción de las personas (ya que sólo el 14% de los participantes reconoce la recuperación como la ausencia de síntomas) (Andresen R., Oades L., & Caputi P. 2003); por lo que no todas las intervenciones descritas tienen la capacidad de influir de manera puntual en los desenlaces primarios y secundarios que también son de interés para los pacientes (Andresen R., Oades L., & Caputi P. 2003).

Un modelo que toma en cuenta las necesidades percibidas por el paciente es el modelo de recuperación personal propuesto por Andresen R., Oades L., & Caputi P. (2003), el cual comprende el establecimiento de una vida plena y significativa, independientemente de si la enfermedad sigue presente o no; se considera un concepto más integral, holístico y compatible con las creencias de los pacientes con trastornos mentales graves, ya que se conceptualiza con base a las experiencias personales de los individuos.

En la literatura internacional existe evidencia sobre la influencia de la arteterapia en la recuperación de los trastornos mentales, desde el modelo de recuperación personal. Estos estudios describen que la arteterapia mejora la autopercepción y el

reconocimiento, promueve el empoderamiento, la toma de decisiones, los cambios personales, el fortalecimiento tanto de la motivación como de las metas y propósitos, así mismo, se ha descrito que ayuda a los pacientes a sentirse más resolutivos y con mayor independencia e inclusive que mejora la interacción social, fortaleciendo la conexión con otros individuos (Van-Lith, Fenner & Schofield. 2009), (Van-Lith, Schofield & Fenner, 2013) (Blomdahl, Gunnarsson, Guregård, Rusner, Wijk & Björklund. 2016), (Haeyen, Chakhssi & Van-Hooren. 2020), (Im & Lee, J. I. 2014). Este proyecto buscó analizar la influencia que el arte tiene en el proceso de recuperación personal de individuos que se dedican a alguna actividad artística (ya sea de manera profesional o empírica), que además padecen trastorno bipolar.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es el papel de la actividad artística en el proceso de recuperación de personas con diagnóstico de trastorno bipolar que reciben atención en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñíz”?

## **JUSTIFICACIÓN**

A lo largo de la historia, se ha continuado la investigación del trastorno bipolar con la finalidad de encontrar nuevas combinaciones de intervenciones que influyen de manera positiva y más constante en el curso del padecimiento. Así mismo, en múltiples estudios se han reportado las bondades y beneficios del arte en distintas personas que sufren de trastornos mentales; no obstante, en revisiones sistemáticas, también se ha reportado que la información existente, si bien sugiere efectos positivos, es insuficiente y algunos de ellos con sesgos en la metodología implementada.

La mayoría de los estudios documentados relacionados con la influencia del arte en la recuperación de los trastornos mentales, se han investigado por medio de

intervenciones de arte en pacientes con dichos trastornos, una de estas, es el arte terapia, una intervención contemporánea, que utiliza elementos dinámicos y de la expresividad emocional. Si bien, la evidencia conocida supone un posible beneficio del arte en poblaciones en riesgo de presentar trastornos psicopatológicos, se desconoce el tamaño del efecto que la actividad artística sin fin propositivamente terapéutico pudiese tener en los desenlaces de interés de esta enfermedad, por lo cual, se considera un área de estudio novedosa.

En este estudio se analizará la influencia que tiene el uso del arte en la vida diaria de las personas (ya sea de manera profesional o como pasatiempo) que padecen trastorno bipolar. Así mismo, muchos estudios se han centrado en resultados clínicos como la remisión sintomática y la reducción del número de episodios, por lo que hace falta valorar cada vez más la calidad de vida y la percepción que tiene el paciente sobre el resultado de su propio proceso de recuperación, lo cual se buscará analizar en el presente estudio por medio del modelo de recuperación personal descrito por Andresen, ya que consideramos que es la propuesta más pertinente debido a que aborda la subjetividad de los individuos, tomando en cuenta la esperanza, la redefinición de la identidad, el nuevo sentido de vida.

A medida que los participantes compartan su perspectiva de recuperación con respecto al arte, habrá una mayor comprensión de cómo interviene esta, así mismo, pudiera arrojar resultados nuevos relevantes para contrastar con lo ya documentado en la literatura y se podrían hacer consideraciones para implementarla en otros pacientes como medidas adyuvantes al manejo multidisciplinario.

Dicho lo anterior, el presente trabajo pretende elucidar las características de la experiencia subjetiva de las personas con este trastorno con la finalidad de valorar el uso del arte como promotor de la recuperación y de áreas de oportunidad en el tratamiento adyuvante de los trastornos afectivos de tipo bipolar.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar, desde la perspectiva del paciente, la forma en que la práctica de alguna actividad artística, ha ayudado en el proceso de recuperación del trastorno bipolar que padece.

### **Objetivos específicos**

- Identificar y analizar a partir de los testimonios de los participantes, el uso del arte como promotor de esperanza en la recuperación del trastorno bipolar.
- Detectar a partir de los testimonios de los participantes, la autopercepción positiva e identidad del paciente con trastorno bipolar.
- Estudiar a partir de los testimonios de los participantes, cómo el arte ha ayudado a los pacientes con trastorno bipolar a encontrarle un nuevo sentido a su vida.
- Distinguir a partir de los testimonios de los participantes, la responsabilidad del paciente en su recuperación.
- Examinar a partir de los testimonios de los participantes, cómo los pacientes con trastorno bipolar promueven su crecimiento personal a través del arte.

## **CAPITULO II**

### **METODOLOGÍA**

#### **Diseño de estudio y técnicas para la recolección de la información**

El diseño del presente estudio, se considera un diseño fenomenológico, debido a que la finalidad es describir y entender un fenómeno específico desde las experiencias individuales de cada participante para poder conocer y comprender la vivencia de cada sujeto (Fuster-Guillen, 2019), lo que implica una observación, interacción y escucha atenta. Se eligió este tipo de diseño ya que el conocer dichas vivencias a través de los relatos de los entrevistados, ayuda a descubrir los

significados en torno del fenómeno, a comprender su naturaleza y los elementos que tienen en común. Debido a lo anterior, este enfoque va más allá de lo cuantificable y ha sido considerado en gran medida en investigaciones antropológicas y sociales (Groenewald, 2004) (Wilson, 2015).

La técnica empleada fue la entrevista semiestructurada (focalizada) a pacientes que practican el arte en su vida diaria y que reciben atención por trastorno bipolar en el INPRFM, la cual tiene la flexibilidad y el abordaje a profundidad de las entrevistas no estructuradas, pero manteniendo la dirección de las entrevistas estructuradas, siendo algo sistemática la recolección de los datos (Ulin, Robinson, Tolley, 2006); este tipo de entrevistas parte de preguntas que pueden ajustarse a los entrevistados modificando el orden y contenido para que el entrevistado hable de manera libre, pero teniendo la oportunidad de profundizar o clarificar en las respuestas que sea necesario (Díaz-Bravo, et al, 2007).

### **Instrumentos**

Se empleó una guía de entrevista como instrumento de apoyo con el objetivo de que temas relevantes para la presente investigación no pasaran inadvertidos, la cual se construyó con base a los elementos teóricos (concepto de arte según Tolstoi, arte marginal según Dubuffet y de recuperación según Andresen) y a los objetivos que rigen la presente investigación (anexo 3). Dicha guía de entrevista fue un guion de preguntas preestablecidas, que dan estructura a la entrevista focalizada, con la finalidad de cubrir los temas y las siguientes categorías de análisis de la presente investigación:

- a) esperanza
- b) identidad
- c) sentido de vida
- d) responsabilidad en la recuperación
- e) crecimiento personal

En la guía se combinaron preguntas introductorias, de profundación, de sondeo, de especificación, indirectas, de estructuración y de interpretación; las cuales se abarcaron dependiendo del discurso del entrevistado y del criterio del entrevistador

de manera flexible, dando libertad a la entrevistadora para formular las preguntas como considerara oportuno, e incluso, a cambiar su orden para que se puedan hilar los temas y subtemas que se trataron. Se evitó la directividad, los juicios de valor encubiertos y las preguntas dicotómicas (Kvale, 2011).

## **Participantes**

La selección de informantes claves se realizó en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, por medio de muestreo no probabilístico, intencional, de voluntarios. Este tipo de muestreo es una selección propositiva que se utiliza cuando la población es variable y la muestra es pequeña ya que permite seleccionar solo a los participantes con las características necesarias para la muestra (Otzen, & Manterola, 2017).

Participaron nueve individuos, dos hombres y siete mujeres, mayores de 18 años con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I, ocho eran profesionales del arte y uno era un médico de profesión que practicaba arte de manera empírica. Tres entrevistas fueron realizadas de manera presencial y seis virtuales. El total de entrevistados se basó en el proceso de saturación alcanzado, es decir, cuando en las entrevistas adicionales ya no aparecieron nuevos elementos, datos o ideas en función de los objetivos de investigación o cuando la información se comienza a repetir (Martínez-Salgado, 2012; Schettini y Cortazzo, 2016; Glasser y Straus, 1967). Dado las características de los participantes, no fue posible comparar por sexo ni por tipo de trastorno bipolar, ya que la mayoría fueron mujeres y todos tenían diagnóstico de trastorno bipolar tipo I.

## **Criterios de selección**

**Criterios de inclusión:** personas mayores de 18 años, estudiantes de alguna carrera universitaria o posgrado a fin de las artes, o bien, profesionales del arte o creadores que practiquen el arte de manera empírica en su vida diaria, que tengan el diagnóstico de algún trastorno afectivo del

cual lleven seguimiento en la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz, que hablen español y que perciban tener o haber tenido al menos un periodo de recuperación con una vida social y laboral activa, posterior a recibir el diagnóstico de trastorno bipolar y que además coincida con el antecedente referido por su médico tratante de recuperación sindrómica. Así mismo, que estén dispuestos a colaborar de manera voluntaria en el estudio y sean capaces de dar su consentimiento informado por escrito.

**Criterios de exclusión:** Que, acorde a su expediente clínico, presenten cualquier comorbilidad con: intoxicación aguda por consumo de cualquier sustancia, trastornos por síntomas psicóticos, trastorno obsesivo-compulsivo o del espectro, trastorno antisocial de la personalidad, o cualquier psicopatología actual que impida el desarrollo y conclusión de las actividades pertinentes a este trabajo.

**Criterios de terminación:** Que el participante así lo desee.

### **Categorías de análisis**

Se construyeron las siguientes categorías de análisis (a priori) con base al marco teórico de este estudio:

- a) esperanza: confianza del paciente en poder alcanzar las metas propuestas, confianza en poder mejorar su salud o de tener un buen estado continuo.
- b) identidad: el sentido de quiénes son después de haber recibido el diagnóstico y posterior a practicar el arte. Incluyó subcategorías como autoconcepto-autodefinición y seguridad en sí mismos.
- c) sentido de vida: surgimiento de nuevos valores, motivaciones y propósitos de la vida.
- d) responsabilidad en la recuperación: conciencia de enfermedad, apego farmacológico, apego al seguimiento y autocuidado/autogestión del bienestar.

- e) crecimiento personal: empoderamiento y autodeterminación, crecimiento y funcionalidad familiar, social, laboral y espiritual.

Así mismo, se añadieron dos categorías emergentes (a posteriori):

- a) Vivir con bipolaridad y la percepción del TBP: que incluyó la aceptación del padecimiento, el estigma, la disminución del estigma a través del arte y la comparativa del TBP con otros padecimientos médicos no psiquiátricos.
- b) Otros beneficios del arte: autorregulación emocional/sublimación a través del arte y mejoría cognitiva a través del arte.

De manera complementaria (y sin que ello modificara el tipo de abordaje elegido para esta investigación), al final de la entrevista, se recabaron datos sociodemográficos y clínicos de interés para este estudio, los cuales permiten tener un panorama más integral de las características del grupo participante.

## **Procedimiento**

**A.-** La pregunta de investigación surgió durante la práctica clínica en el servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), al observar 1) que era común la práctica artística en pacientes con TBP y 2) que un par de ellos había logrado periodos de eutimia prolongados de hasta 10 años. Como primer paso, con el apoyo de las tutoras de tesis que tienen amplia experiencia en investigación cualitativa, se decidió el diseño de estudio y se elaboró el anteproyecto que englobaba a cualquier tipo de trastorno afectivo, con el objetivo de tener mayor muestra e información; no obstante, al considerar que los trastornos afectivos eran muy amplios y poco viables para una investigación de residencia, aunado a que probablemente los tipos de arte, la forma de practicarla y el impacto de ella podría ser diferente de acuerdo al tipo de trastorno afectivo; se decidió acotar el tema hacia TBP. Dicha modificación se sometió en un adéndum al comité de tesis, mismo que fue aceptado en octubre del 2021 y posteriormente el protocolo fue aprobado por el comité de ética del INPRFM el 24/01/2022.

**B.-** Se construyó la guía de entrevista con base en los objetivos que conducen este proyecto. Posteriormente se realizó un piloteo de la guía de entrevista, para

corroborar que se abordaran los aspectos que dieran respuesta a la pregunta de investigación del presente proyecto. Además de ensayar y poner en práctica por medio del piloteo, la forma y el ritmo de preguntar, la de solicitar el consentimiento informado, así como el uso de instrumentos como la grabadora (Majid MAA, Othman M, Mohamad, SF, Lim SAH y Yusof A 2017), (Kallio H, Pietilä AM, Johnson M. y Kangasniemi M. 2016).

**C.-** La investigadora principal del presente estudio se comunicó con las autoridades y trabajadores del servicio de la consulta externa del INPRFM con la finalidad de exponer verbalmente el título del presente proyecto, los objetivos y método de este; así mismo, colocó carteles en distintas áreas comunes de consulta externa de psiquiatría general y en especial, en el tercer piso de la clínica de trastornos afectivos, con la expectativa de generar difusión de este en los usuarios del servicio. En dichos carteles, se proporcionó la extensión de contacto, correos electrónicos y localización del consultorio institucional de la investigadora principal, de tal manera que, los interesados pudieran contactarla y les pudiera brindar información respecto al proyecto de investigación, abordando ampliamente su alcance, objetivos, metodología, así como beneficios y riesgos de este.

**D.-** Como se verificó el diagnóstico de trastorno bipolar, de eutimia y de ciertas comorbilidades descritas en el expediente clínico, con la finalidad de corroborar que los participantes cumplieran con los criterios de inclusión, se solicitó la autorización de su revisión por parte del Jefe del departamento de gestión de calidad, información en salud y seguridad del paciente / Responsable del archivo clínico (Mtro. Aaron Padilla Orozco) (Anexo 4).

**E.-** Para el estudio hubo 14 interesados en total, de los cuales solo uno no cumplía con todos los criterios de inclusión (eutimia), dos individuos que tenían el interés de participar no pudieron presentarse ni conectarse a las entrevistas por dificultades en tiempo, por lo que desertaron y otros dos sujetos que cumplían con las características se comunicaron cuando la etapa de entrevistas ya había finalizado. Finalmente participaron 9 individuos con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I. A los interesados que acudieron al consultorio institucional de la investigadora principal y que cumplían con los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el

estudio de manera presencial y todos aceptaron participar, por lo que se les solicitó la firma de la carta del consentimiento informado en ese momento y se les dio una copia de este; así mismo, se acordó la fecha y hora del estudio, de acuerdo con la preferencia del participante. A los interesados que contactaron a la investigadora principal por medio telefónico o por correo electrónico y que también cumplían con los criterios de inclusión, se les invitó a participar en el estudio en modalidad virtual, todos aceptaron participar y decidieron la fecha y hora de la entrevista, así como el medio de su preferencia, siendo los elegidos: videollamada en la plataforma de Zoom y Google Meet; todos los participantes de esta modalidad aceptaron utilizar la cámara de video y el micrófono durante la sesión; así mismo, previo a la realización de la entrevista se le solicitó a cada participante leer y responder un cuestionario en línea por medio de Google forms que podía responderse en una computadora o con cualquier dispositivo móvil.

Al participante se le aclaró que podía cesar su participación en este trabajo en cualquier momento, y sin que esta decisión afectara su atención y continuidad en el INPRFM. Adicionalmente, se explicó al participante que ninguno de sus datos personales o de identificación serían revelados en cualquiera de los documentos pertinentes a este trabajo, y que estos, se integrarían a una base de datos, la cual estuvo resguardada bajo contraseña digital en una computadora institucional del consultorio al cual solamente tuvo acceso la investigadora principal, y que estos datos, serían eliminados en su totalidad una vez sea concluida esta investigación. En este documento, escrito de manera clara y con un lenguaje coloquial, a su vez, contenía los nombres y datos de contacto institucional de los investigadores involucrados en este proyecto, con la finalidad de que si surgieran más dudas en el participante tuviese la capacidad de resolverlas directamente con los encargados de este trabajo.

**F.-** Posteriormente, se llevaron a cabo nueve entrevistas semi estructuradas, individuales y basadas en modelos internacionales para la elaboración de estudios de corte cualitativo. Estas se llevaron a cabo de manera híbrida, acorde a la normatividad federal de atención clínica en espacios institucionales durante periodo de pandemia por COVID 19, tres de forma presencial y privada en el consultorio

institucional de la entrevistadora, y seis a distancia, bajo una plataforma institucionalizada para desempeñar videoconferencias (Google Meet y Zoom) enlazada desde el consultorio institucional de entrevistadora, quien, al comienzo de la entrevista en esta modalidad, se identificó mostrando la credencial oficial del INPRFM y mantuvo encendido el video y audio en todo momento, con la finalidad de demostrar que se encontraba sola, en un ambiente seguro y privado, y así proteger la confidencialidad y privacidad del participante, además de propiciar un ambiente de confianza con el entrevistado.

Para fines de recopilación de los datos, se solicitó el consentimiento por escrito para que el audio de estas fuera grabado por parte de la investigadora principal mediante la aplicación de Grabadora del sistema operativo Windows, con lo que todos los participantes estuvieron de acuerdo.

En mismo procedimiento, la investigadora condujo dicha entrevista basándose libremente en cuestionamientos basados en el modelo teórico del arte según Tolstoi, Debuffet y del modelo de recuperación personal de Andresen. Una vez concluida la entrevista, se le explicó al participante que su participación fue completada. La duración promedio de estas entrevistas fue de aproximadamente entre 90 a 120 minutos.

\*No se requirió realizar más sesiones con los participantes, ya que desde la primera sesión se reformularon las preguntas necesarias y se aclararon algunas respuestas, por lo que los entrevistados proporcionaron una información completa y dieron respuesta a las interrogantes que dan pie al presente proyecto.

**G.- Organización del material:** Primeramente, se organizó el material auditivo digital en formato mp3, asignándoles un código alfanumérico a cada grabación para su identificación. Posteriormente, las entrevistas (audio) se transcribieron de manera literal a un procesador de texto (Microsoft Word), para poder comparar y analizar los datos, posterior a la transcripción.

La información de los participantes únicamente fue utilizada por el investigador principal, el acceso a la base de datos la tuvieron únicamente los involucrados en el estudio y no se proporcionó ningún dato que pudiera identificar al participante, para respetar la confidencialidad se le asignó a cada participante un código alfanumérico.

Estos datos y documentos fueron resguardados en una computadora personal a la cual únicamente la investigadora principal tuvo acceso mediante una contraseña personalizada.

**H.- Categorización:** posteriormente, la información transcrita, se organizó por medio de la categorización de significados propuesto por Kvale (1996), en el cual se codificaron en categorías mutuamente excluyentes, identificando palabras claves en cada discurso de los entrevistados que fueron resaltadas por medio de un color distinto de acuerdo con la categoría que correspondiera y a su vez, un subtono diferente para cada subcategoría.

**I.- Condensación:** Posteriormente se realizó una condensación del significado, es decir, un resumen de los significados expresados por los entrevistados, para ello, primeramente se leyeron las entrevistas para tener una idea general, después se determinaron las "unidades de significado" luego se formuló de una manera mas sencilla el tema predominante de la unidad de significado y se organizaron temáticamente las declaraciones en una tabla con filas para cada categoría (Kvale, 2008).

**J.- Análisis:** Finalmente, se realizó el análisis interpretativo de la información en relación al marco teórico inicialmente desarrollado (Kvale, 2008), después se emitió una discusión de los hallazgos y las conclusiones del trabajo.

### **Validez y rigor de la metodología utilizada**

Para garantizar el rigor y la validez de este estudio, se tomaron en cuenta los criterios consolidados para informar estudios cualitativos (COREQ), que consta de una lista de verificación de 32 elementos distribuidos en tres dominios: 1) equipo de investigación y reflexibilidad, 2) diseño del estudio y 3) análisis y hallazgos. Los criterios que consideramos pertinentes para este estudio fueron: características personales (entrevistador/facilitador, cartas credenciales, ocupación, género, experiencia y formación), diseño del estudio (orientación metodológica y teoría), selección de participantes (muestreo, método de enfoque, tamaño de muestra y no participación), configuración (configuración de la recopilación de datos, presencia

de no participantes y descripción de la muestra) y recopilación de datos (guía de entrevista, grabación audiovisual, notas de campo, duración y saturación de datos), análisis de datos (número de codificadores de datos, derivación de temas y software) e informes (cotizaciones presentadas/citas, datos y hazgos consistentes, claridad de los temas principales y claridad de temas menores).

## ASPECTOS ÉTICOS, FINANCIEROS Y DE BIOSEGURIDAD

La investigadora principal cursó y aprobó el taller de metodología de la investigación en humanos de CITIGROUP.

Se llevó a cabo un proceso de consentimiento válidamente informado, en el cual se abordaron los tópicos de interés del estudio, sus alcances, limitantes, riesgos, beneficios, objetivos y método. Los elementos del proceso de consentimiento informado fueron incluidos, a su vez, en una carta de consentimiento informado.

El presente estudio fue evaluado por el comité de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), confirió un riesgo mínimo consistente en la evocación de recuerdos al momento de las entrevistas. Se consideraron los siguientes riesgos y medidas de afrontamiento para el presente estudio:

**Tabla 5. Tipos de riesgo**

| <b>Tipo de riesgo</b> | <b>Validez</b>  | <b>Medida de afrontamiento</b>  |
|-----------------------|---|---|
| <b>Emocional</b>      | Durante las entrevistas semi estructuradas empleadas en este estudio, existe un riesgo mínimo que consiste en la evocación de recuerdos con carga emocional como tristeza, enojo, ansiedad, frustración, etc. | La investigadora principal esta capacitada para dar una contención mínima y en caso de ver la persistencia de la sintomatología: En las entrevistas presenciales se contactara al médico tratante del entrevistado y se derivará al servicio de APC del INPRFM, por otro lado, en caso de la persistencia de la sintomatología en los entrevistados por vía virtual, se le sugerirá acudir al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del INPRFM o al servicio de atención |

|                         |           |   |
|-------------------------|-----------|---|
|                         |           | psiquiátrica de urgencias más cercano, proporcionando los horarios de atención y la dirección de las instituciones, por lo que se le solicitará al participante que facilite el nombre completo y número telefónico de un contacto de emergencia, para que sea contactado para ir por el entrevistado a su ubicación y acompañarlo a atención; aclarando que la atención brindada en dicho servicio pudiera generar algún costo que, en cuyo caso, correría a cargo del participante. Así mismo, existe la posibilidad que, durante la entrevista en modalidad virtual, surgieran eventualidades como: interrupción del enlace audio/visual o desconexión del enlace audio/visual, en cuyo caso, la entrevistadora, se pondría en contacto nuevamente con el participante, para continuar la sesión o reprogramar la entrevista |
| <b><i>Físico</i></b>    | No aplica | No aplica   |
| <b><i>Económico</i></b> | No aplica | No aplica   |
| <b><i>Legal</i></b>     | No aplica | No aplica   |

### **Aspectos financieros**

Durante la realización del presente trabajo, la investigadora principal, tuvo como apoyo económico la beca para residentes médicos mexicanos que cursan el posgrado en especialidades médicas.

## **CAPITULO III**

### **RESULTADOS**

A pesar de que uno de los criterios de inclusión del presente estudio, fue que los participantes practicaran alguna actividad artística de forma cotidiana (ya sea tanto como estudiantes o profesionales, o como artistas empíricos); todos los entrevistados que se acercaron a formar parte del estudio son profesionales del arte a excepción de sólo un participante que es médico; las profesiones más comunes

fueron las artes plásticas y el diseño gráfico, seguido de las artes visuales y la fotografía; y por último la danza. Dos de los participantes, cuentan además con especialidad en artes gráficas y arte conceptual respectivamente, y otro de ellos con diplomado en arteterapia. Generalmente estas profesiones previamente mencionadas, las estudiaron en instituciones públicas como el Instituto Nacional de Bellas y la Universidad Nacional Autónoma de México.

Una constante fue que todos los entrevistados practican más de una actividad artística, siendo las combinaciones más comunes, las artes plásticas (en distintas técnicas como óleo, acuarela y acrílico) con la literatura (autobiografía, narración, cuento y/o poesía), seguido de la pintura/dibujo con la fotografía, y por último, la danza con la música (tocar un instrumento). Hubo también quienes practican una tercera o cuarta actividad como teatro, escultura, manualidades y tatuaje.

Invariablemente los participantes, identificaron su interés por las actividades artísticas desde la infancia, y antes de iniciar profesionalmente los estudios artísticos, la mayoría tomó cursos principalmente de dibujo y pintura (aproximadamente desde la adolescencia).

**Tabla 6. Datos sociodemográficos y clínicos**

| Datos sociodemográficos y clínicos   |   |        |
|--|---|--------|
|  | N | %      |
| Sexo   |   |        |
| Mujer  | 7 | 77.77% |
| Hombre   | 2 | 22.22% |
| Edad (en años)   |   |        |
| 26-32  | 4 | 44.44% |
| 44-45  | 3 | 33.33% |
| 56-57  | 2 | 22.22% |
| Escolaridad  |   |        |
| Licenciatura de área artística   | 6 | 66.66% |
| Posgrado de área artística   | 3 | 33.33% |
| Principal actividad artística que practican (actividad a la que se dedican): |   |        |
| Artes plásticas  | 6 | 66.66% |
| Artes visuales / fotografía  | 2 | 33.33% |
| Danza  | 1 | 11.11% |
| Actividades artísticas adicionales que practican                             |   |        |
| Música (tocar instrumento)   | 2 | 22.22% |
| Literatura/ poesía   | 4 | 44.44% |
| Escultura  | 1 | 11.11% |
| Teatro   | 1 | 11.11% |
| Ocupación  |   |        |

|  |   |        |
|--|---|--------|
| Profesor   | 5 | 55.55% |
| Fotografo  | 2 | 22.22% |
| Diseñador gráfico  | 1 | 11.11% |
| Médico   | 1 | 11.11% |
| Estado civil   |   |        |
| Soltero (sin pareja actual)  | 2 | 22.22% |
| Noviazgo   | 4 | 44.44% |
| Casado   | 2 | 22.22% |
| Unión libre (10 años)  | 1 | 11.11% |
| Tipo de trastorno bipolar  |   |        |
| TBP tipo I   | 9 | 100%   |
| Comorbilidades psiquiátricas   |   |        |
| Ninguna  | 6 | 66.66% |
| TAG + TUS en remisión + Rasgos TLP   | 2 | 22.22% |
| TAG  | 1 | 11.11% |
| Comorbilidades médicas no psiquiátricas  |   |        |
| Hipotiroidismo   | 4 | 44.44% |
| Miomatosis   | 1 | 11.11% |
| Lupus Eritematoso Sistémico  | 1 | 11.11% |
| Diabetes Mellitus tipo 2, Psoriasis, Esteatosis hepática, Trombocitopenia, Hiperuricemia, Enfermedad Renal Crónica | 1 | 11.11% |
| Ninguna  | 2 | 22.22% |
| Apego adecuado (a intervención terapéutica)  |   |        |
| Intentos previos de suicidio   |   |        |
| 0 intentos suicidas  | 6 | 66.66% |
| 1 intento suicidas   | 2 | 22.22% |
| 3 intentos suicidas  | 1 | 11.11% |
| Hospitalizaciones previas  |   |        |
| 0  | 1 | 11.11% |
| 1  | 3 | 33.33% |
| 2  | 2 | 22.22% |
| 3  | 2 | 22.22% |
| 5  | 1 | 11.11% |
| Años de eutimia  |   |        |
| 10 años (E9, E4)   | 2 | 22.22% |
| 9 años (E1)  | 1 | 11.11% |
| 7 años (E5)  | 1 | 11.11% |
| 6 años (E3)  | 1 | 11.11% |
| 3 años (E2, diagnóstico reciente)  | 1 | 11.11% |
| 2 años (E7, diagnóstico reciente)(E8)  | 1 | 11.11% |
| 1.5 años (E6, inicia apego)  | 1 | 11.11% |

## ANÁLISIS

### Vivir con trastorno bipolar y la percepción del TBP

#### ¿Cómo comenzó la enfermedad y a cuántos años después se les otorgó el diagnóstico de trastorno bipolar?

La mayoría de los participantes refirieron haber recibido inicialmente un diagnóstico erróneo, a excepción de sólo dos entrevistados quienes desde un inicio fueron diagnosticados con trastorno bipolar tipo I, lo que atribuyeron a las características de los síntomas iniciales que correspondían con un episodio de manía; por el contrario, en más de la mitad de los participantes los síntomas iniciales fueron de la polaridad opuesta, siendo el trastorno depresivo mayor (depresión unipolar) el primer diagnóstico que los profesionales de salud mental les otorgaron. Por otro lado, los participantes quienes no iniciaron con síntomas afectivos fueron dos y comentaron un comienzo con un cuadro psicótico, recibiendo el diagnóstico inicial de “trastorno psicótico breve” que posteriormente en uno de ellos se cambió erróneamente al diagnóstico de esquizofrenia y finalmente, años después a trastorno bipolar tipo I. En general, el retraso para recibir el diagnóstico de Trastorno bipolar fue de 10 a 12 años, a excepción de quienes iniciaron con episodio maniaco, lo que nuevamente, los participantes relacionaron a este tipo de sintomatología.

*“me vino una manía [...] fue algo muy rápido, o sea, yo tuve la gran suerte a diferencia de muchas de las personas que tienen trastorno bipolar, que me diagnosticaron inmediatamente, entonces inmediatamente me empezaron a medicar con litio”.*

#### Percepción de la enfermedad

Hubo opiniones divididas en cuanto a la aceptación inicial del diagnóstico, si bien, algunos entrevistados verbalizaron haber cursado en un principio con incredulidad, negativismo y frustración; los participantes que tardaron más años en recibir el

diagnostico, lo vieron como algo positivo en relación con que tener el diagnóstico correcto conllevaba a la optimización del tratamiento y con ello a la estabilidad clínica.

*“al principio fue un poco más duro porque no me decían exactamente lo que tenía, decían que tenía ansiedad, decía que tenía depresión [...] hasta que tuve mi primer crisis y fue que me internaron, ahí fue que me dieron el diagnóstico como tal, que fue trastorno bipolar [...] y para mí fue mejor que me dijeran lo que tenía porque pues sí era muy difícil por los medicamentos, porque no, no, [antes del diagnóstico] con ninguno me sentía bien”*

*“de hecho fue liberador porque no entendía que me pasaba durante todo el tiempo anterior... lo que me dio tranquilidad es que me dieron litio, por ejemplo, entonces, bueno, dije, ya tengo un medicamento que es para esto y sí me sirvió”*

Así mismo, los dos entrevistados quienes iniciaron con sintomatología psicótica, expresaron que el recibir el diagnóstico les dio tranquilidad y que les “quitó un peso de encima”, lo que también atribuyeron a percibir mayor autoestigma respecto a los trastornos del espectro de la esquizofrenia en comparación con el trastorno bipolar y nuevamente, a tener un tratamiento adecuado.

*“lo tomé muy bien, el doctor me dijo <<lo que tú tienes es trastorno bipolar, que no tiene nada que ver con la esquizofrenia>>, y cuando me dijo eso yo me solté a llorar porque o sea, sí se me quitó un gran peso de encima [...] el estar tomando medicinas que no te corresponden, el no encontrar una solución a lo que que tengo, que no te den respuestas, es frustrante [...] la esquizofrenia para mí es una de las condiciones psiquiátricas más fuertes que puede tener el ser humano, porque en una de esas sí te puedes perder”*

También respecto a la aceptación del diagnóstico, un hecho característico fue que, por unanimidad, todos los participantes expresaron que, en el transcurso de su padecimiento, han aprendido a aceptarlo, coincidiendo en su totalidad con que el tener TBP no les imposibilita lograr los objetivos que se proponen en la vida. Todos los entrevistados rescataron alguna característica positiva, dentro de ellas, tener mayor “creatividad” y “autoconocimiento” a partir de la enfermedad y del arte; y dos de ellos en particular, mencionaron espontáneamente y de manera mas romántica, que aunque tuvieran la oportunidad “no abandonarían el padecimiento”

*“ya después te das cuenta, o cuando vas aceptando lo que lo que sucede [...] lo adoptas o lo adaptas también a esta nueva forma [...] a lo mejor no va a ser igual que siempre, pero eso no quiere decir que no puedas hacer lo que querías hacer”*

*“en realidad, yo a la enfermedad... Pues, he aprendido no solamente a aceptarla, sino que he aprendido amarla también [...] me ha dado muchas posibilidades de crecimiento, me emociona [voz entrecortada, sonriendo con ojos llorosos] [...] Si no tuviera esta enfermedad, no hubiera cruzado muchas experiencias y muchas cosas que han sido muy bellas en mi vida [...] si me dijeran <<tienes la posibilidad de volver a vivir la vida sin enfermedad>>, yo diría <<no, no, no>> porque realmente ha sido una vida muy rica”*

*“el trastorno bipolar te da como esa posibilidad de ir incursionando en distintas disciplinas para el autoconocimiento, por eso yo no abandonaría el trastorno bipolar”*

Para la mayoría de los entrevistados, el arte fue un elemento que ayudó en la aceptación, desde escuchar testimonios en obras de teatro de quienes también tienen TBP, escribir obras literarias hasta saber que otros artistas que marcaron la historia del arte padecieron TBP.

*“Sí, yo creo que sí, la verdad es que en un principio, cuando recién me lo detectaron y me dieron el diagnóstico, también ayudó el enterarme de cuánta gente tiene el padecimiento o ha tenido el padecimiento porque también en la carrera [de artes plásticas] nos dijeron algunos, que Van Gogh -no se si era Bipolar o esquizofrénico- o sea, mucha gente, famosos o talentosos tuvieron la enfermedad”*

*“El primer pintor que conocí fue Vincent Van Gogh, me encantó, y después de saber que era que era un enfermo como yo, entiendo porque soy así, porque pinto así, porque soy tan apasionado en algunas cosas, eso es algo muy muy interesante”*

*“Justo en ese momento estaba una obra de teatro que es la de “Demente” de Ari Telch, entonces mi novio me llevó [...] Ari Telch también tiene trastorno bipolar, entonces comenta de las enfermedades mentales [...] con datos científicos, con investigación, pone algunos ejemplos de qué se tratan algunas de ellas, pero de manera cómica, no lo hace así tan trágico y la gente pues está muerta de risa”.*

### Estigma inicial y disminución del estigma

Se encontró que la mayoría de los participantes considera que, de una u otra manera el estigma hacia el TBP ha llegado a estar presente en algún momento de sus vidas; ya sea, que hayan escuchado de manera indirecta juicios de valor sobre el TBP por personas que desconocen que cursan con esta enfermedad, que hayan sido receptores de comentarios negativos por parte de familiares o profesionales de la salud o que los mismos entrevistados hayan cursado con vergüenza y preocupación tras alguno de los episodios de manía experimentados, considerando que los demás les adjudicarían calificativos como “loco/loca” o “rara”.

*“Osea me sentía muy avergonzada por lo que había hecho, quería como desaparecer, decía -que vergüenza volver a pasar por ahí, que me vuelvan a ver y que digan <<ahí va la loca>>-.... no quería que me viera nadie, estaba yo como escondida en la oscuridad”*

*“me dijeron que no iba a poder hacer cosas en la vida, que no iba a volver a estudiar, que yo ya no servía para la escuela [...] en aquel entonces... y que a lo mejor iba a durar un año en psiquiátricos”*

No obstante, más de la mitad de los participantes expresaron que el practicar el arte ayudó a disminuir el autoestigma que tenían hacia el TBP, además, a su vez, señalaron que surgió un interés por psicoeducar a otras personas como a sus familiares y a la comunidad en general, siendo -en la mayoría de esos entrevistados- sus obras artísticas el medio de expresión y difusión que han utilizado para promover la desestigmatización particularmente del TBP.

*“a mí lo que me pesaba mucho era el estigma, el relacionarme con la gente y por ejemplo entrar a un trabajo o hablarle a alguien y que supieran que tenía. Una que otra conocida [con diagnóstico de trastorno bipolar] decían <<eso no lo podemos decir>> . Entonces yo tomé la decisión de [decirlo públicamente] <<por qué voy a vivir así, sí eso no es cierto, yo conozco gente muy talentosa, que saben hacer cosas, saben trabajar, desgraciadamente pues tenemos esta enfermedad [...] Justo en ese momento estaba una obra de teatro de <<Demente” de Ari Telch>>, entonces mi novio me llevó... a partir de ahí lo escribí [una autobiografía...] al día siguiente fui al taller [...] hicimos una presentación [...] cambió mi vida porque el estigma disminuyó, de que lo pude decir pues enfrente de todos... después creo que mi conducta cambió [...] y yo sí sentía que lo sacaba [el estigma cuando yo empezaba*

*a pintar [...] yo narro visualmente todas mis vivencias [...] yo lo plasmo con mi propio lenguaje plástico [...] y la intención siempre ha sido hablar de este tema abiertamente [...] ahora lo hago más intencionado [...] que la gente entienda que estas cosas pasan y que es más frecuente de lo que de lo que creemos”*

Acorde con la disminución del estigma en los participantes, se encontró que algunos de ellos, hicieron la comparativa del TBP con otros padecimientos médicos no psiquiátricos que son de evolución crónica, considerando ahora al TBP de forma similar a enfermedades como la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus y el SIDA.

*“la enfermedad como es una diabetes, como es una hipertensión, como es un cáncer, pues también así es el trastorno bipolar”*

*“si es un padecimiento como cualquier otro y bueno, influyen las emociones, ya he aprendido eso, entonces hace que no sea como un problema”*

## **El uso del arte como promotor de esperanza en la recuperación del TBP**

Los participantes identificaron en retrospectiva, que a pesar de los presagios negativos que otras personas les verbalizaron, tuvieron **la confianza en alcanzar sus metas propuestas**, y que en el transcurso del tiempo, se han demostrado que pueden alcanzarlas. Algunos de ellos piensan que el arte les ayuda a tener esta confianza en su futuro.

*“ahorita después de un tiempo de sí haberlo intentado o estar en el camino de lograr eso, pues ya veo que sí se puede, y pues el sentido quizá sigue siendo el mismo, las mismas metas, las mismas ganas, pero pues ahora con algunas variables”*

*“no es como un lastre que me vaya a impedir hacer mis actividades, en todo caso al contrario, [el arte] me puede ayudar, o sea, no tiene nada de malo”*

Y la mayoría también opina que el arte tiene un efecto positivo sobre la perspectiva de su estabilidad afectiva, enfatizando que les genera confianza en poder mejorar su salud o de tener un buen estado continuo, ya que han observado los efectos directos del arte sobre su estado de ánimo.

*“como que aquí está una manera de ayudarte a estar mejor [el arte], a recuperarte de lo que tienes, es como un plus que tienes”*

*“Sí, sí, sí [ayudó a tener confianza en que iba a estar estable], como que el peso que traía cargando... sentía que ahí lo dejaba... me hacía sentir más libre”*

*“puedo desenvolverme muy bien y que puedo tener una vida normal, lo más que se pueda, y más que mucha gente que en su vida ha ido siquiera a un psicólogo, entonces sí es un motivante [el arte] que me hace sentir que a mí me ayuda a mí enfermedad y a sentirme bien”*

*“Yo creo que ayuda como en la parte de que... no sé cómo explicarlo, porque siento que yo regresé, digamos a ser normal, a estar estable [...] finalmente me mantiene a estar bien... y que si en algún momento, me llegó a sentir un poco triste, pues sé que tengo como esa herramienta de poderme ayudar a sentirme mejor tocando el instrumento, o bailando, de alguna de las dos maneras”*

*“Sí claro, claro, cuando yo tengo, digamos, un problema de... como que no estoy muy estable, me he dado cuenta que cuando empiezo a trabajar cualquier cosa inmediatamente me centro, eso me pasó mucho con una escultura [...] cuando empecé a hacerla, me di cuenta de que regresaba yo a mi centro, de que estaba yo estable, entonces, dije claro, es que el arte es realmente la llave, [...] ~~es la parte más estable de mi vida,~~ yo siento que sí realmente me ha ayudado mucho”*

*“la verdad es que sí es una bendición en la vida para estar siempre estable [...] es que es muy es muy bueno que uno pueda hacer estas cosas y que te ayuden finalmente en tu vida porque pues el trastorno pues va a estar toda la vida y si encuentras tu algo que te ayude”*

Y por el contrario, cuando los entrevistados dejan de practicar alguna actividad artística, han notado que aparecen algunos síntomas como tristeza o irritabilidad; inclusive imaginan que si el arte no estuviera presente en sus vidas, probablemente hubieran cursado con inestabilidad y mayor recurrencia de los episodios, por lo que consideran que el arte forma parte de su estabilidad.

*“Me ha dado cuenta que cuando paso varios días sin escuchar nada de música, me estoy como yendo para abajo, o me pongo de malas”*

*“Tal vez, si yo no hubiera entrado a la escuela nacional de artes plásticas, a la Esmeralda, yo hubiera seguido en el otro hospital, o a lo mejor decaendo muchas veces [...] tiene que ver mucho con el sanarme, o sea, sí, es bastante [parte de su estabilidad]”*

## **Autopercepción positiva e identidad del paciente con trastorno bipolar**

Vinculado con la observación anterior, algunos participantes consideran que el arte forma parte de su identidad e hicieron señalamientos como “la vida no tiene sentido” o presentar “sensación de vacío” cuando no se encuentran practicándola.

*“es parte de mí, o sea, si no estoy creando, pues a veces siento que pues sí que la vida no tiene sentido”*

*“si me sentí muy mal porque pues como que sentía como que no tenía mucho sentido a mi vida, como que me sentía vacía, me sentía triste porque no podía bailar”*

Acorde con este sentido de identidad, hubo relatos que identifican al arte como una herramienta de autoconocimiento; así mismo, de manera predominante los entrevistadores le atribuyen al arte la mejoría en su autodefinición, en su autoconcepto (más positivo y estable) y en la confianza y seguridad en sí mismos, ya que identifican que al realizar las obras que especialmente requirieron de mayor esfuerzo o al intentar nuevas técnicas o proyectos artísticos se autodefinieron como personas “capaces” o “hábiles” y al construir una autoevaluación positiva de su desempeño, se sintieron más “seguros”, “confiados”, “satisfechos” y “orgullosos” de sus logros, e incluso algunos realizaron inferencias como: “lo puedo hacer [la obra/proyecto artístico], eso quiere decir que puedo hacer más cosas [en otras áreas de su vida]”. Así mismo, otras tres participantes, describieron de manera directa que la autoestima modificó con la práctica artística; una de ellas, asociaba una baja autoestima con una “infancia difícil” e incrementó al entrar a la escuela de artes plásticas; otra participante superó la vergüenza e inseguridad al hablar en público gracias a la danza; y para otra entrevistada (artista visual:fotógrafa de profesión), que tras su primer episodio de elevación presentó ganancia ponderal y disminución de su autoestima, fue muy importante el incursionar en un taller de retratos al desnudo (dibujo), ya que de manera no intencionada, al trabajar con los cuerpos notó que terminó autoaceptándose y consecuentemente recuperó su seguridad en sí misma.

*“siento que el arte es como una búsqueda introspectiva en dónde he avanzando y entre más sabes más entiendes”*

*“sí, mucho más segura; por ejemplo, este cuadro que me costó muchísimo trabajo, cuando lo haces sientes una gran confianza en ti mismo ¿no?, dices <<lo puedo hacer, eso quiere decir que puedo hacer otras cosas>>, ¿no?”*

*“yo tuve una infancia difícil [...] yo siento que ahí fue donde se generó la autoestima baja, pero, yo lo he ido trabajando y también el arte me ayuda en eso... he sentido que poco a poco se ha ido como construyendo, pero no, no la autoestima desde el ego, sino que yo siento que desde el arte tienes una seguridad pero desde el espíritu”*

*“porque los hechos han demostrado cuando uno expone y cuando uno publica un libro... cuando uno se sorprende de sí mismo, y lo ves y estás satisfecho con algo, pues eso es muy muy gratificante porque uno se siente bien y como de crear algo, se siente orgulloso de uno mismo”*

### **Cómo el arte ha ayudado a los pacientes con trastorno bipolar a encontrarle un nuevo sentido a su vida**

Con relación al sentido de vida, los participantes, expresaron que, a través del arte, han adquirido y puesto en práctica nuevos valores, siendo los más frecuentes mencionados, la generosidad y la solidaridad relacionadas con la empatía y la compasión por quienes cursan con padecimientos mentales y con la necesidad de luchar en contra del estigma hacia estas enfermedades. Otros valores expresados en menor frecuencia fueron la tolerancia, la bondad, el respeto y disciplina; además, comentaron que a través del arte, mejoró su capacidad para expresar el amor a sus seres queridos, describiendo que antes de practicarla se conceptualizaban como personas “más rígida” “más fría” o “menos sensible”; así mismo y en menor medida, otros entrevistados han experimentado por medio del arte, valores relacionados con el amor al medio ambiente como la consciencia y la correponsabilidad ambiental e iniciaron propositivamente proyectos de obras con materiales reciclados.

*“yo era muy fría, muy rígida, nunca le decía a alguien un te quiero, ni nada; y todo eso lo fui cambiando en la escuela de artes”*

Aunque en la mayoría de los participantes el arte también es una fuente de ingresos y trabajo; opinaron que la actividad artística que practican les ha motivado a incursionar en otras artes meramente por pasión (y no con objetivo laboral) y

también a emprender nuevos proyectos como dar clases ya sea tanto de manera altruista o con fines de lucro o, en un caso en particular, emprender un pequeño negocio de repostería. Nuevamente, de todas las motivaciones, la más expuesta por la mayoría fue el utilizar el arte como manera de expresión y desestigmatización.

*“motivaciones pues sí, en el ámbito, sobre todo de influir un poquito, ¿no?, en los pacientes o en las personas con el mismo diagnóstico, que se sepa que no es tan tan difícil”*

### **La responsabilidad del paciente en su recuperación**

Algunos participantes que en particular estaban estudiando la licenciatura en artes al momento de recibir el diagnóstico de TBP, mencionaron que se preocuparon por su futuro y que esto también fue un **motivante para acudir a atención en salud mental** y con ello aspirar a la estabilidad clínica.

*“ya a la tercera [crisis] fue cuando entré a la licenciatura de artes plásticas, entonces como ya había entrado a la licenciatura, pues sí me aferré bastante [...] una amiga y una prima me recomendaron el instituto, entonces, pues yo les dije a mis papás que no iba a ir a ningún lado que no fuera aquí [instituto] o la escuela, entonces, pues me hicieron caso, me trajeron para acá”.*

Los testimonios de todos los entrevistados reflejaron tanto buena conciencia de enfermedad como adecuada adherencia terapéutica. En este sentido, los participantes identifican beneficios como “mayor enfoque” “reflexión” e “introspección” durante el proceso creativo, los cuales consideran que de alguna forma contribuyen en su buena **conciencia de enfermedad y en la autogestión del bienestar** como la disciplina que tienen respecto a las modificaciones en el estilo de vida y en las medidas de autocuidado que han implementado tras el diagnóstico del TBP; desde luego, resaltaron la importancia del autocuidado y las medidas que utilizan con dicho fin, como respetar horarios fijos de sueño, realizar actividad física (ejercicio o caminar), llevar una buena alimentación, no consumir sustancias psicoactivas, leer y destinar un horario para pasatiempos, actividades de ocio o a sí mismos.

*“yo antes no era una persona tan disciplinada ... y ahorita creo que eso sí me ha impactado como de forma positiva, ¿no?, porque ahora sí yo rompo esa rutina, o si yo no soy parte de esos hábitos pues sí me voy para abajo muy fácil”*

*“he tenido que renunciar a algunas cosas, a las fiestas, a los desvelos [...] he tenido que tener una alimentación también muy balanceada [...] pero no me pesa, porque la recompensa pues es estar estable. La parte del sueño por ejemplo, la he llevado muy bien, siempre he tratado de no desvelarme, yo me acuesto a las 10 de la noche sea como sea, llueve o truene o relampaguee, yo tengo que estar a las 10 en la cama, y duermo mis 8 horas; en eso soy muy muy disciplinada”.*

Conexo con lo anterior, si bien, los participantes creen que el arte coadyuva de manera indirecta con el **apego farmacológico**, la principal causa de la adherencia considerada por los participantes fue multifactorial, dentro de ello, destacaron la necesidad de acudir a psicoterapia e hicieron hincapie en la trascendencia de la buena relación medico paciente y de la atención de calidad que han percibido de sus medicos tratantes en el servicio de consulta externa (clínica de trastornos afectivos) e inclusive también describieron experiencias positivas en el servicio de hospitalización del INPRF durante los internamientos que han experimentado.

*“los doctores, y doctoras que me han atendido, son muy amables, me escuchan, te dan respuesta a todas las preguntas que haces [...] te hacen los estudios, te explican y te dan un seguimiento, no te dejan; o sea, siempre están ahí como constante, son súper disciplinados para que uno no recaiga, siempre están ahí... entonces, yo la verdad eso lo agradezco mucho, por eso siempre estoy recomendando al instituto, porque neta, yo nunca he escuchado, así a gente, o al menos a una institución que trate bien a sus pacientes”*

*“fue como algo rápido para mí, fue raro porque incluso estar en el hospital a mí me gustaba, y pues la verdad le digo, las enfermeras eran muy amables, los doctores, las doctoras, incluso ya después nos sacaban al parquecito a hacer cosas, no sé, me la pasé bien [...] la alimentación era buena”*

*“[el medicamento] no es algo que me hace daño, sino que es para mi bien y mientras yo lo esté tomando, pues no va a haber como que problemas porque si yo los tomo no es como que algo dañino para mí o algo malo, sino al contrario, es para mí bien, para poder hacer mis cosas, para poder estar sana”*

Del mismo modo, señalaron la relevancia de la psicoeducación que han recibido por parte de estos profesionales de salud mental tanto de manera verbal como escrita. Por otro lado, dos participantes comentaron que en intervalos breves en algún momento de su vida llegaron a suspender por cuenta propia la toma de medicamentos; en primer lugar por estresor económico y en segundo por efectos indeseables como somnolencia, menor energía y menor creatividad; no obstante, la totalidad de entrevistados reconoce la importancia de no abandonar el tratamiento farmacológico.

*“fue el médico que me llevo en mi primera etapa de trastorno bipolar, él me dio un libro en PDF, de cómo o qué es el trastorno bipolar y todas las connotaciones que van, qué es una depresión, cómo se presenta, cuáles son los signos, de qué niveles, o sea, tiene uno que adentrarse a eso, pero uno tiene que acercarse con los profesionales, porque mi trastorno lo tengo que llevar de por vida con medicamentos, eso me queda más que claro, o sea, no hay vuelta de hoja, pero así yo puedo estar en eutimia”*

### **Cómo los pacientes con trastorno bipolar promueven su crecimiento personal a través del arte**

Invariablemente, los participantes perciben que el arte mejora sus relaciones interpersonales, expresaron que une y fortalece la conexión tanto con sus padres, hermanos, hijos y parejas, como con amigos y compañeros de trabajo, además de ampliar su círculo social.

*“me ha unido mucho con mi familia [...] apenas fue mi examen, entonces me fue a ver [bailar] mi abuelito, mi abuelita, mi tío, mi prima, mi hermano”*

*“el arte es algo que también me une mucho a mi hermana, a ella también le gusta mucho pintar, hace muchas actividades de este tipo”.*

Así mismo, los entrevistados coincidieron en que el practicar el arte ha fomentado la espiritualidad en ellos, ya que piensan que les ayuda a ver la vida con mayor sensibilidad, a conectar consigo mismo, con otros, con la naturaleza o con fuerzas

superiores como dios. En especial, para una participante que es artista conceptual, este es un ingrediente fundamental en su vida ya que considera que el arte “es un universo que te permite conocer otras fronteras” y cree que la mayoría de los artistas suelen tener esta percepción cosmogónica, en la que ella personalmente encuentra revelaciones mágicas en eventos cotidianos como observar el cielo o colibríes, libélulas y mariposas. Así mismo, para otra participante el bailar la conecta con la tierra y seres queridos y para otro entrevistado la espiritualidad se ha fortalecido al enseñar pintura y grabado a grupos indígenas entre la naturaleza y en el entorno donde estas minorías habitan

*“me hace sentir libre cuando lo hago y en ese momento incluso como si fuera religioso, ¿no?... como cuando alguien entra a una iglesia y reza una oración o algo así, yo cuando estoy pintando y eso, pues me concentro y, estoy yo como en un ritual ¿no?, que llena mi espíritu y yo creo que al momento de llenar mi espíritu pues crece mi fé”.*

En definitiva, los participantes expresaron que el arte les ha ayudado en la mejora de toma de decisiones, percibiendo mayor autodeterminación al practicar las actividades artísticas; así mismo, perciben que el arte promueve su crecimiento y empoderamiento.

*“tú solito al practicarlo te das cuenta que ya eres más rápido más hábil o que las cosas que antes te costaban más trabajo hacer son más fáciles... Y a lo mejor en esa parte indirectamente pues también ayuda a otras áreas de la vida profesional y personal”*

*“sí me ayuda como a estar más centrada, y más centrada pues sí he llegado a tomar mejores decisiones, y muchas veces estar ahí enfocada en dibujar o pintar es algo que al menos a mí sí me ha ayudado en decidir a hacer algunas cosas. Sí tengo recuerdos de los últimos años de la escuela o del servicio en el que a lo mejor estaba tomando todavía determinaciones de lo que iba a hacer, y pues estar yo sólo en mi cuarto, pintando, o haciendo algo así, era como la forma más sencilla en la que podía llegar a decidir qué hacer”*

*“Me dijeron que no iba a poder hacer cosas en la vida, que no iba a volver a estudiar, que yo ya no servía para la escuela [...] en aquel entonces... y que a lo mejor iba a durar un año en psiquiátricos... y en tres días reaccioné, estuve dos semanas*

*[hospitalizada], terminé la licenciatura, estudié lo que quiero, estoy haciendo las cosas que quiero, estoy con gente bien chida”.*

## **Otros beneficios del arte**

### Autorregulación emocional/sublimación

Todos los participantes narraron varias experiencias positivas en las que el arte les ha ayudado a afrontar y aliviar más de una emoción como “tristeza”, “ira”, “miedo”, “frustración”, “enojo” y “angustia” o “ansiedad”, además de superar procesos de duelo. Así mismo, relataron que les ayuda “liberarse” de pensamientos negativos como preocupaciones y a desafiar su rigidez cognitiva, percibiéndose como personas más “libres” y flexibles respectivamente.

*“me ayudó a trabajar con la ira, porque era algo que me costaba más trabajo manejar [...] creo que a través de eso, sin quererlo, ya lo puedo manejar”*

*“me cae muy bien, como que me calma, es del arte lo que más me gusta en el sentido de que me calma, la ansiedad me la quita”*

*“si te ayuda a liberar esta parte que a la mejor sientes que te atrapa”*

En especial un entrevistado mencionó que el valor de algunas de sus obras que ha creado en dichos contextos, reside en la mera sublimación, por lo que el objetivo no es exhibirlas en museos como acostumbra, sino que las guarda para sí mismo.

*“Sí, de hecho casi toda la obra [le tranquiliza], algunas que no me gustan las guardo y no las enseñó, porque son cuando estoy enojado o muy angustiado, esas no las enseño [...] porque el lado negativo es el que tengo que estudiar yo, no el otro [...] el arte a veces es el espacio de la propia inconsciencia [...] puedo hablar y decir lo que se me antoje ¿no? y guardar mi obra que nadie la conozca, que nadie la vea, porque a lo mejor puede ser muy ofensiva para otros; entonces, yo valoro más como vaya floreciendo en ese contexto [...] es muy bonito”.*

En efecto, la mayoría de participantes le otorga un valor terapéutico a la práctica artística cotidiana, a pesar de no recibir atención psicoterapéutica al respecto (arteterapia). En particular, sólo una entrevistada expresó que si bien no ha acudido

con psicoterapeutas del arte, en su formación artística, como estudiante, tomó un diplomado de arteterapia que le ayudó en un proceso de duelo; sin embargo, es importante mencionar que también señaló que la arteterapia es un proceso que debe ser llevado por profesionales de la salud mental.

*“el arte, yo creo que podría ser una especie de terapia”*

*“La verdad es que yo muchas veces sí sentí que la arteterapia me producía cambios demasiado fuertes, pero como yo ya había tomado terapia, para mí era más fácil integrarlo ¿no? [...] yo no sé qué hubiera hecho si en mi proceso de separación no hubiera tenido esta herramienta, fue valiosísima porque pude integrarlo de una manera amorosa [...]*

*si usted ve mi expediente [...] después de más de 20 años, es chiquito, entonces eso quiere decir que la exploración que yo he hecho me ha hecho bien ¿no? lo siento una buena experiencia, entonces, siento que esa exploración hay que emularla, hay que incentivarla ¿no? abriéndola a otras cosas como la arteterapia, claro siempre con un acompañamiento psicológico debido”*

Por otro lado, los entrevistados coincidieron en que el arte, no solamente les ayuda a afrontar emociones negativas, sino también a experimentar estados de ánimo de bienestar como “paz” “felicidad” “satisfacción” y “armonía”.

*“y solamente, a veces con un dibujo que hago en una hoja, para mí es mi ritual, mi satisfacción”*

*“lo que trabajo [artes plásticas], son cosas que me ayudan mucho y me hacen sentir muy bien, entonces, pues está padre, realmente me encanta lo que hago”*

Además, consideran que tanto el apreciar el arte como el practicarla, les ayuda a ver la vida con otros ojos “de una manera más positiva” y a admirar belleza en donde, para otras personas tal vez es difícil encontrarla.

*“para dónde volteee, un detalle una cosita, hasta la propia naturaleza, uno puede darse cuenta de la belleza, o sea, más que la actividad artística es también la apreciación, yo creo de las cosas ¿no?, la manera de ver las cosas, y los colores, la iluminación de las cosas, la forma de las cosas, las armonías [...] casi que hasta en un montón de basura, tú puedes ver la belleza; o sea, si ves la mezcla de las*

*formas y de los colores, le puedes ver lo bonito [...] creo que a todo le podemos encontrar lo bello”*

*“el arte sí me ha ayudado bastante a ver la vida de otra manera y siempre veo las cosas de una manera positiva”*

Adicionalmente, otra de las propiedades del arte más identificadas por los participantes fue la expresión emocional.

*“hay como muchas lenguas pero esto es como una manera diferente de hablar”*

*“he aprendido hablar varios lenguajes que es el corporal y el de la voz”*

*“la verdad es que a mí me gusta mucho, a mí me ayuda mucho a expresar mis sentimientos, que a veces uno tiene que expresarlo de alguna manera, porque si uno se los deja guardados, ahí es cuando pues te quedas como una olla Exprés y cuando... cuando lo dejamos hasta el final es cuando terminamos yendo, pues ya para que nos internen, ya que estamos ya muy mal”*

### Mejoría cognitiva

Dentro de otras cualidades del arte, un hallazgo en la danza, fue la testificación de una entrevistada, quien espontáneamente aludió que bailar mejora su atención y memoria, principalmente tras episodios agudos graves del TBP en donde se han visto afectados estos procesos cognitivos.

*“tan solo en la memoria me ayuda muchísimo porque cuando apenas salgo de las hospitalizaciones y no tengo muy buena memoria, me ayuda muchísimo en eso porque tengo que estar aprendiéndome cada paso... tienes que estar en ese momento con toda tu atención y con eso te ayuda mucho”.*

Debido los beneficios del arte percibidos por los entrevistados, ellos concluyen que esta disciplina es un recurso de provecho, por lo que recomiendan a otras personas introducirse ya sea en la apreciación o en la práctica artística, o bien, en alguna actividad hedónica similar.

- *“pues que, si no lo practican, que lo que lo consuman, que lo vean, que participen, que se atrevan”*

- *“hay personas que no tienen eso, ese escape o así, y si se la han de ver más difícil de repente [...] puedo decir que muchas veces la danza me ha rescatado en varios momentos de mi vida [...] entonces la verdad que si una persona con este trastorno, encuentra una manera así como la mía, que le guste hacerla finalmente, -a lo mejor y no se dedica a eso-, pero si lo encuentra para pues distraerse, la verdad es que sí es una bendición en la vida para estar siempre estable”*
- *“yo sugeriría que si alguno que me pueda estar escuchando por ahí que tiene trastorno bipolar, que tome un lápiz, que dibuje lo que sienta, que ponga color, que haga y que disfrute; pero que también pueda adentrarse a disfrutar y ver la obra de los otros maestros, y si le gusta Edvard Munch y su cuadro de “El grito” pues que lo copie, se vale, y si le gustan los girasoles de Van Gogh que los copie, y si le gusta Matiz también que lo copie o Gauguin... O sea, es poder nosotros expresarnos, y el dibujo, la pintura, la danza, el teatro, la música nos libera, liberémonos entonces de eso, escuchando a Händel, a Corelli, a Vivaldi, a Wolfgang Amadeus Mozart, a Ludwig van Beethoven, etcetera, etcetera, etcetera... a quien más le guste, a mejor le gusta Chopin, entonces escuchemos Chopin; o no nos gusta Luis Amstrong en el Jazz y nos metemos en el Jazz, o el blues, o nos gusta la danza y nos gusta el danzón, o nos gusta la danza folklórica, nos metemos”*

## **CAPITULO IV**

### **DISCUSIÓN**

En esencia el grupo de participantes fue intencionadamente convocado porque todos ellos realizan una actividad artística, la mayoría de manera profesional, de tal forma que incluso pueden ser llamados artistas de <<High Art>> ya que estudiaron el arte en alguna institución, es su profesion y además es su modus vivendi; si bien, sólo una participante ejerce una profesion distinta, también integra al arte en su vida

cotidiana, de manera empírica, por lo que podría ser llamada artista de <<Low Art>>, <<Outsider Art>> o <<Art Brut>> (Ramírez y Cares, 2011), (Dapena-Tretter, 2017).

La misma actividad artística ha tenido un papel protagónico en la historia de estos entrevistados, en diferentes aspectos de su vida. Por ejemplo, es interesante que el propio proceso de aceptación de los síntomas y el diagnóstico de TBP, fue más fácil para algunos participantes, que llevaban años con otro diagnóstico erróneo y al nombrarlo como TBP se identificaron con famosos como Van Gogh, encontrando casi de inmediato una explicación/respuesta a la relación del padecimiento con su creatividad e interés artístico, de modo que, interpretaron que si tenían la enfermedad, también tenían “una herramienta para recuperarse” y valoraron los aspectos positivos de su persona (que coincidían con el resto de los participantes) como tener mayor “creatividad” y “autoconocimiento” a partir de la enfermedad y del arte.

De acuerdo con Pettie y Triolo (1999) cuando las personas reintegran lo que les hace valiosos, comienza la posibilidad de emerger una identidad positiva y con ello dar un paso hacia la recuperación; este proceso dentro del modelo de recuperación personal de Andresen, Oades y Caputi (2003) es llamado “**redefinición de la identidad**”. La redefinición de la identidad implica el reconocimiento del problema y la autoaceptación que, según los estudios de Kaite, Karanikola, Merkouris & Papathanassoglou (2015) y Warwick, Tai & Mansell (2019), también son percibidos como esenciales por los participantes para lograr la recuperación.

No obstante, se han descrito distintos factores que pueden repercutir negativamente en la identidad de las personas, como los cambios del estado del ánimo y la inestabilidad de la **autoestima** (presente en este padecimiento) (Ironsides, Johnson, & Carver, 2020), así como la respuesta social y estigma social que cuando es internalizado por las personas que padecen TBP (autoestigma) afecta en su autodefinición, autoconcepto, autoeficacia, identidad y recuperación (Wisdom, et al 2008; Jagfeld, Lobban, Marshall & Jones, 2021; Connell et al. 2014, Latifian et al 2022; Perich, Mitchell & Vilus, 2022; Favre & Richard-Lepouriel, 2023; Cerit, Filizer, Tural & Tufan en 2012). En particular, los participantes de este estudio perciben que

el arte ha impactado positivamente en ello, ya que les ayuda a autorregular sus emociones, a experimentar bienestar e identifican que al realizar las obras que especialmente requirieron de mayor esfuerzo o al intentar nuevas técnicas o proyectos artísticos se autodefinieron como personas “capaces” o “hábiles” y al construir una autoevaluación positiva de su desempeño, se sintieron más “seguros”, “confiados”, “satisfechos” y “orgullosos” de sus logros, e incluso algunos realizaron inferencias como: “lo puedo hacer [la obra/proyecto artístico], eso quiere decir que puedo hacer más cosas [en otras áreas de su vida]”.

Así mismo, para algunos participantes en quienes la identidad se vio mermada por el autoestigma, la internalización de la enfermedad y alienación; fue muy importante el apreciar y practicar el arte para afrontarlo. Por ejemplo, una entrevistada, cuando vio en escena a un actor de manera tan natural, tan confiada de mostrarse al mundo como una persona con TBP, y concebirlo como una persona exitosa, movió su sistema de creencias en torno a la enfermedad y a las personas que viven con TBP (incluyéndola), se reconoció en la historia del “otro” y encontró compatibilidad con él y un lugar al cual pertenecer, identificándose con un “otro virtuoso y vencedor”, lo que no sólo le ayudó en la aceptación del diagnóstico y a redefinir su identidad (Pettie y Triolo, 1999; Philip & Paul 2010); sino también fue un ejemplo a seguir para afrontar el autoestigma, el estigma social y finalmente poderlo decir al mundo públicamente, pero a su manera, por medio de la literatura y la pintura. Esto también le brindó un **propósito de vida y un significado**, que según Andresen, Oades y Caputi (2003) forma parte de “encontrar un sentido de vida” en el modelo de recuperación personal; al igual que a los demás participantes; para ellos es muy importante hablar del tema y expresarse por medio de su obra artística, con la finalidad de comunicar a otros y educar a la sociedad en tema de salud mental y TBP, contribuyendo así con la desestigmatización a través de una lucha activa en la que ellos mismos propician la redefinición de su identidad y la continuidad de la misma, la toma de decisiones futuras y la resignificación de sus vidas (Chen, Urminsky, & Bartels, 2016; Bartels & Urminsky, 2015).

Lo anteriormente descrito también se ha observado en otros medios, por ejemplo, en el reciente documental “mi mente y yo”, que trata de la vida de Selena Gómez,

la cantante y actriz expresa que en su música y en el TBP “encontró un propósito” (Janick J. & Berman S., 2022), el cual tiene que ver con hablar del tema de manera pública, realizar campañas y crear asociaciones en pro de la salud mental, siendo actualmente una activista en este campo; el hecho que como espectadores visualizemos tanto el sufrimiento como los logros de las personas que viven con TBP nos puede sensibilizar como sociedad y con ello lograr mayor inclusión de quienes lo padecen (Hamilton C., Hinks S., & Petticrew M., 2003), teniendo así la capacidad de combatir el estigma, e inclusive, de acuerdo con un redactor que publicó un artículo periodístico de este documental, en el encabezado deja a la luz la esperanza que le generó “nos da motivos para la esperanza” Begoña, A. (2022). Así mismo, se han realizado estudios científicos en esta línea, uno de ellos evaluó los estereotipos negativos, la distancia social y la relación parasocial, antes y después de escuchar la narrativa del TBP de una artista (cantante/actriz) “Demi Lovato”; los autores encontraron que esta exposición disminuyó significativamente los estereotipos negativos por lo que discuten que puede funcionar como estrategia de salud pública. De igual manera, Karkou, et al (2019) y Michalak, E. E., et al, (2014) describen que el teatro puede disminuir los prejuicios, favorecer la empatía y mejorar la comprensión del TBP, y Carrara B. S., et al (2021), encontró en una revisión sistemática, que las estrategias antiestigma relacionadas con el arte (como ver una representación teatral, ver películas o narraciones pregrabadas de personas con algún trastorno mental) fueron eficaces para reducir el estigma y las actitudes negativas.

Estos hallazgos son relevantes, ya que las personas que padecen TBP experimentan rechazo social secundario al estigma (Connell et al. 2014, Latifian et al 2022; Perich, Mitchell & Vilus, 2022; Kaite, Karanikola, Merkouris & Papathanassoglou, 2015), padecen soledad, aislamiento y también experimentan pérdidas de relaciones interpersonales y dificultades para cultivarlas o mantener relaciones con su familia, amigos y parejas (Siagel-Ramsay, et al, 2023); y como mencionamos previamente, afecta la identidad pero también el sentido de vida, la calidad de vida y la recuperación (Fernandez, Breen & Simpson; 2014; Jagfeld, Lobban, Marshall & Jones, 2021). Esto es comprensible ya que la interacción social

es una necesidad humana y muchos individuos, encuentran en las relaciones un significado de vida; si bien, es cierto que el **sentido de vida** puede ser distinto para cada individuo (Andresen, Oades, & Caputi, 2003; Jagfeld, Lobban, Marshall & Jones, 2021), para los participantes de nuestro estudio, tanto el arte como las relaciones interpersonales son fuentes que le dan significado a sus vidas y a su vez, consideran que la práctica artística fortalece sus relaciones personales, ya que hicieron énfasis en que favorece la conexión con su familia y amistades al practicarlas en conjunto, al enseñarles la técnica o mostrarles sus obras; con sus colegas y amigos al convivir con ellos en talleres, cursos o exposiciones; con sus alumnos que aprenden de ellos y les muestran su gratitud, con los espectadores de sus obras y con todos en general, al compartir emociones y experiencias; así mismo, a través esto, se sienten escuchados, comprendidos, valorados y respetados e incluso se enorgullecen de inspirar a otros. Esto coincide con estudios previos que también han encontrado que el arte mejoró la conexión con otras personas (Karkou, et al, 2022; et al 2022; Stickley, Wright, & Slade, 2018; Heenan, 2006; Lloyd, Wong, & Petchkovsky, 2007; Van Lith, 2014; Van Lith, Fenner, & Schofield, 2009). Debido a lo anterior, es fundamental que fomentemos la inclusión social de quienes padecen TBP, que promovamos las actividades que son valiosas para los individuos (Jagfeld, Lobban, Marshall & Jones, 2021) y que fortalecen la conexión con otros y consigo mismos, como la actividad artística que fue reportada por nuestros entrevistados.

Otro elemento que es reforzado por el arte y que de manera relevante también favorece este tipo de conexiones, es la espiritualidad (Paul Victor & Treschuk, 2020; Van Lith, 2014). Para la mayoría de los participantes de nuestro estudio la espiritualidad a través del arte confiere una manera más sensible de ver la vida, de conectar consigo mismo, con otros, con la naturaleza o con fuerzas superiores como dios; lo que concuerda con las características de la espiritualidad mencionadas por (Puchalski, 2012; Paul Victor & Treschuk, 2020; Burkhart & Hogan, 2008; Lavorato Neto et al., 2018; Bay, Ivy & Terry, 2010; White, Peters, & Schim, 2011). En especial, para una participante que es artista conceptual, este es un ingrediente fundamental en su vida ya que considera que el arte “es un universo que te permite conocer otras

fronteras” y cree que la mayoría de los artistas suelen tener esta percepción cosmogónica, en la que ella personalmente encuentra revelaciones mágicas en eventos cotidianos. Otros estudios también han encontrado esta virtud del arte sobre la espiritualidad (Van Lith, 2014; Van Lith, Fenner, & Schofield, 2009; Lloyd, C., Wong & Petchkovsky, 2007).

Así mismo, según Yeşilçinar et al. (2018) hay emociones de bienestar que forman parte de la dimensión espiritual, como la “paz”, “satisfacción” y “armonía”; las cuales, de acuerdo con los participantes de este estudio, son experimentadas y promovidas por la práctica artística y también perciben que a través del arte ven la vida de una manera más positiva con una constante la apreciación de la belleza; además, al percibir estos efectos piensan que el arte también les brinda **esperanza** en mantener un estado de bienestar continuo y en alcanzar sus metas propuestas. Otros estudios también han encontrado un aumento de la esperanza a través del arte (Lloyd, C., Wong, S. R., & Petchkovsky, L. 2007; Van Lith, T., Schofield, M. J., & Fenner, P. 2013; Stickley, T., Wright, N., & Slade, M. 2018; Van Lith, T., Fenner, P., & Schofield, M. J. 2009; Michalak, et al, 2014; Fancourt & Finn, 2019), y de acuerdo tanto con el modelo de recuperación de Andresen, Oades y Caputi (2003) como con el marco CHIME (connectedness, hope, identity, meaning and purpose y empowerment), POETIC (purpose and meaning, optimism y hope, empowerment, Tensions, identity y connectedness) y el de “capacidad, comodidad y calma”, es parte fundamental del proceso de recuperación (Leamy et al, 2011; Jagfeld, Lobban, Marshall & Jones 2021; Siagel-Ramsay, et al, 2023).

Adicionalmente, los participantes identifican otros beneficios del arte como “mayor enfoque” “reflexión” e “introspección” durante el proceso creativo, los cuales consideran que de alguna forma contribuyen en su buena **conciencia de enfermedad, en la autogestión del bienestar/medidas de autocuidado** y consecuentemente en la adecuada adherencia terapéutica. Así mismo, para una de las entrevistadas que desde la adolescencia ya tomaba cursos de artes plásticas, la autogestión del bienestar fue muy evidente cuando fue aceptada en la escuela nacional de artes siendo su motor para acudir a atención de su salud mental y

buscar su estabilidad (a pesar de encontrarse en esos momentos en un episodio de manía), indiscutiblemente, entonces, el arte (y su propósito y sentido de vida relacionado con el arte) repercutió en la toma de decisiones sobre su salud mental y desde ese momento tomó el control de su enfermedad con empoderamiento.

Lo anterior, corresponde también a la “**responsabilidad en la recuperación**” en el modelo de Andresen, Oades y Caputi (2003), y, si bien, para nuestros entrevistados, el arte coadyuva en este proceso, es importante destacar que las principales causas de apego farmacológico y al seguimiento, que ellos consideran, son el acudir a psicoterapia, la psicoeducación y sobre todo, tener una buena relación médico paciente y una atención de calidad de sus médicos tratantes. Este hallazgo no es nuevo, existen muchos estudios que respaldan esta influencia; de acuerdo con Jawad, et al, (2018) y Chakrabarti S. (2016) la alianza terapéutica deficiente se encuentra dentro de uno de los factores de falta de adherencia en el TBP; y según De Witte, et al (2021), el arte puede fortalecer esta relación al mejorar la confianza y comunicación. Adicionalmente, también se ha informado que el sistema de creencias en torno a la enfermedad como la aceptación del diagnóstico y las dudas respecto al tratamiento determinan el cumplimiento terapéutico (Clatworthy, Bowskill, Rank, Parham & Horne, 2007); por lo que es necesario evaluar las percepciones de enfermedad en el contexto clínico (Vargas-Huicochea, Huicochea, Berlanga, & Fresán, 2014), lo que también repercute en la identidad de los pacientes (Ironside, Johnson, & Carver, 2020; Kaite, Karanikola, Merkouris, & Papathanassoglou, 2015; Warwick, Mansell, Porter & Tai, 2019) y forma parte del proceso de recuperación. Posiblemente, el poner mayor atención al **proceso de recuperación psicológica**, de manera personalizada con cada paciente, con una mayor comprensión de las necesidades, prioridades, gustos y talentos individuales que ayuden en el empoderamiento y en el crecimiento de las personas con TBP podría ser una intervención de utilidad y un campo de investigación para nuevos estudios cualitativos ya que aún hay preguntas en cómo contribuir en la recuperación y en el bienestar de las personas que viven con TBP. Desde luego que un punto de partida es desde nuestros consultorios, pero también se requieren implementar intervenciones de salud pública nacionales que integren a la práctica

artística en la salud mental (Karkou, et al (2019); en otros países se han puesto en marcha estrategias a nivel comunitario como festivales de arte en salud mental para reducir el estigma, que suenan prometedoras (Moeenrad, Gholamzadeh, & Khorrami-Markani, 2022). Así mismo, Fancourt & Finn (2019) comunicaron por medio de la OMS en una revisión exploratoria/panorámica (scoping review) la evidencia de las artes en la mejoría de la salud y el bienestar; y tres años después, de igual manera Karkou, et al, (2022) recopilaron evidencia sobre los beneficios psicológicos de las artes por lo que sugieren promover los programas de arte que fomentan el bienestar (Karkou, et al, 2022; Fancourt & Finn, 2019); aunado a lo anterior, Bailey (2022), miembro del departamento de arte y salud de la OMS (Ginebra, Suiza) y líder del área, resalta que estas revisiones mencionadas ofrecen información para formular políticas y también destaca la importancia de invertir en “artistas, terapeutas del arte y alianzas entre las artes y el bienestar en todos los niveles de gobierno, educación y provisión de atención” (Bailey, 2022).

## **CONCLUSIONES**

En este estudio observamos que el arte desempeña un papel fundamental en el proceso de recuperación personal de los entrevistados, ya que perciben que la práctica artística los ha ayudado a encontrar tanto esperanza y redefinición de su identidad, como varios propósitos de vida; conciben que han tenido logros importantes a pesar de las adversidades, que tienen una vida significativa y una buena funcionalidad. Así mismo, los participantes de este estudio han tomado el control de la enfermedad con empoderamiento teniendo responsabilidad en su recuperación y a través del arte han promovido el crecimiento y fortalecimiento de varias áreas de sus vidas (como en lo personal, en lo espiritual, en lo familiar, social y laboral). Si bien, el crecimiento, según Andresen, Oades y Caputi (2003), se encuentra en la última etapa de recuperación, es importante tener en cuenta que la recuperación no es una meta final, sino un proceso continuo que los participantes de este estudio viven en su día a día con el apoyo constante de la práctica artística.

De hecho, cuando los participantes dejan de participar en actividades artísticas, experimentan una disminución en su estado de ánimo, lo cual posiblemente se explique por el hecho de que el arte es una de sus pasiones, forma parte de su identidad y le da significado a sus vidas.

No obstante, es importante tener en cuenta que los resultados no deben generalizarse a otras personas que tienen diferentes actividades hedónicas. Coincidimos con los hallazgos de Warwick et al. (2019) y Jagfeld, Lobban, Marshall y Jones (2021) en que involucrarse en actividades que amen tiene un impacto significativo en el proceso de recuperación del TBP; por lo que es crucial prestar una mayor atención a las necesidades, prioridades, gustos y talentos individuales de los pacientes. Probablemente esto contribuirá al empoderamiento, al crecimiento y recuperación personal de las personas que viven con TBP.

## REFERENCIAS

Abbass, A., Town, J., Johansson, R., Lahti, M., & Kisely, S. (2019). Sustained reduction in health care service usage after adjunctive treatment of intensive short-term dynamic psychotherapy in patients with bipolar disorder. *Psychodynamic psychiatry*, 47(1), 99-112.

Abbing, A., Ponstein, A., van Hooren, S., de Sonnevill, L., Swaab, H., & Baars, E. (2018). The effectiveness of art therapy for anxiety in adults: A systematic review of randomised and non-randomised controlled trials. *PloS one*, 13(12), e0208716.

Anderson, I. M., Haddad, P. M., & Scott, J. (2012). Bipolar disorder. *Bmj*, 345.

Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11-12), 972-980.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 586–594. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x>

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5ª ed. Editorial Médica Panamericana.

Ascenso S, Perkins R, Atkins L, Fancourt D, Williamon A. Promoting well-being through group drumming with mental health service users and their carers. *Int J Qual*

Stud Health Well-being. 2018;13(1):1484219. doi: 10.1080/17482631.2018.1484219.

Bailey C. (2022). Commentary: Editorial: The Psychological and Physiological Benefits of the Arts. *Frontiers in psychology*, 13, 869038.

Bartels D. M., Urminsky O. (2015). To know and to care: How awareness and valuation of the future jointly shape consumer savings and spending. *Journal of Consumer Research*, 41, 1469–1485.

Bay, P. S., Ivy, S. S., & Terry, C. L. (2010). The effect of spiritual retreat on nurses' spirituality: a randomized controlled study. *Holistic nursing practice*, 24(3), 125–133.

Berger, P. y Luckmann, T. (1997). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores.

Bessonova, L., Ogden, K., Doane, M. J., O'Sullivan, A. K., & Tohen, M. (2020). The economic burden of bipolar disorder in the United States: a systematic literature review. *Clinic Economics and Outcomes Research*, 481-497.

Bosgraaf, L., Spreen, M., & Pattiselanno, K. (2022). Hooren Sv (2020) Art Therapy for Psychosocial Problems in Children and Adolescents: A Systematic Narrative Review on Art Therapeutic Means and Forms of Expression, Therapist Behavior, and Supposed Mechanisms of Change. *The Psychological and Physiological Benefits of the Arts*.

Blomdahl, C., Gunnarsson, B. A., Guregård, S., Rusner, M., Wijk, H., & Björklund, A. (2016). Art therapy for patients with depression: expert opinions on its main aspects for clinical practice. *Journal of Mental Health*, 25(6), 527-535.

Burkhart, L., & Hogan, N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative health research*, 18(7), 928-938.

Cardinal, R. (2009). Outsider Art and the autistic creator. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 364(1522), 1459–1466. doi:10.1098/rstb.2008.0325

Carson, S. H. (2019). Creativity and mental illness. In J. C. Kaufman & R. J. Sternberg (Eds.), *The Cambridge handbook of creativity* (pp. 296–318). Cambridge University Press.

Carrara B. S., et al (2021). Health care providers and people with mental illness: An integrative review on anti-stigma interventions. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(7), 840-853

Carvalho, A. F., Firth, J., & Vieta, E. (2020). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 383(1), 58-66.

Cerit C., Filizer A., Tural, Ü., & Tufan A. E. (2012). Stigma: a core factor on predicting functionality in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 484-489.

Chen, S. Y., Urminsky, O., & Bartels, D. M. (2016). Beliefs About the Causal Structure of the Self-Concept Determine Which Changes Disrupt Personal Identity. *Psychological Science*, 27(10), 1398–1406.

Ching, et al & ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. (2020). Lo que aprendemos sobre el trastorno bipolar de la neuroimagen a gran escala: hallazgos y direcciones futuras del Grupo de trabajo de trastorno bipolar ENIGMA. Mapeo del cerebro humano.

Clatworthy, J., Bowskill, R., Rank, T., Parham, R., & Horne, R. (2007). Adherence to medication in bipolar disorder: a qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar disorders*, 9(6), 656–664. <https://doi.org/10.1111/j.1399->

Cook J. E., Purdie-Vaughns, V., Meyer I. H., & Busch J. T. (2014). Intervening within and across levels: A multilevel approach to stigma and public health. *Social Science & Medicine*, 103, 101-109. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.027

Dapena-Tretter, A. (2017). Jean Dubuffet & Art Brut: The Creation of an Avant-Garde Identity. *Journal of Theatre and Performing Arts*, 11.

Décimo, M. (2017). From the Art of the Insane to Art brut and Beyond: A History of Reception. *Critique d'art. Actualité internationale de la littérature critique sur l'art contemporain*, (48).

Deckersbach, T., Peters, A. T., Shea, C., Gosai, A., Stange, J. P., Peckham, A. D., Ellard, K. K., Otto, M. W., Rauch, S. L., Dougherty, D. D., & Nierenberg, A. A. (2018). Memory performance predicts response to psychotherapy for depression in bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial with exploratory functional magnetic resonance imaging. *Journal of affective disorders*, 229, 342–350. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.jad.2017.12.041>

Demir, A., Sahin, S. K., Elboga, G., Altindag, A., & Dogan, I. (2019). Comparison of bipolarity features between art students and other university students.

De Witte, M., Orkibi, H., Zarate, R., Karkou, V., Sajjani, N., Malhotra, B., Ho, R. T. H., Kaimal, G., Baker, F. A., & Koch, S. C. (2021). From therapeutic factors to mechanisms of change in the creative arts therapies: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 12, 678397. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.678397>

Dyer, G., & Hunter, E. (2009). Creative recovery: Art for mental health's sake. *Australasian Psychiatry*, 17(sup1), S146-S150.

Edwards, J. (2006). Music therapy in the treatment and management of mental disorders. *Irish journal of psychological medicine*, 23(1), 33-35.

Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and definition of mental health recovery: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 91-102.

Fancourt, D., Aughterson, H., Finn, S., Walker, E., & Steptoe, A. (2019). How leisure activities affect health: a narrative review and multi-level theoretical framework of mechanisms of action. *BMC Public Health*, 19(1), 1-15. doi: 10.1186/s12889-019-7345-4

Fancourt, Daisy & Finn, Saoirse. (2019). What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329834>.

Favre S., & Richard-Lepouriel H. (2023). Self-stigma and bipolar disorder: A systematic review and best-evidence synthesis. *Journal of Affective Disorders*.

Favre N., Bordier L., & Schwitzer J. (2022). Perceived public stigma of bipolar disorder: A qualitative study of individuals living with the illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(2), 373-388.

Fernandez, M. E., Breen, L. J., & Simpson, T. A. (2014). Renegotiating Identities: Experiences of Loss and Recovery for Women With Bipolar Disorder. *Qualitative health research*, 24(7), 890–900.

Franklin M. Art therapy and self-esteem. *Art Ther.* 1992;9(2):78–84. doi: 10.1080/07421656.1992.10758941.

Goldstein, T. R., & Hafeman, D. M. (2020). Beyond efficacy and toward dissemination and personalization of psychotherapy for bipolar disorder. *JAMA psychiatry*, 78(2), 131-132.

Gordovez, F. J. A., & McMahon, F. J. (2020). The genetics of bipolar disorder. *Molecular psychiatry*, 25(3), 544-559.

Gronholm P. C., Henderson C., Deb T., & Thornicroft G. (2017). Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52, 249-258

Gussak, D. (2009). Comparing the effectiveness of art therapy on depression and locus of control of male and female inmates. *The arts in psychotherapy*, 36(4), 202-207.

Haeyen, S., Chakhssi, F., & Van Hooren, S. (2020). Benefits of Art Therapy in People Diagnosed With Personality Disorders: A Quantitative Survey. *Frontiers in psychology*, 11

Harrison, P. J., Geddes, J. R., & Tunbridge, E. M. (2018). The emerging neurobiology of bipolar disorder. *Trends in neurosciences*, 41(1), 18-30.

Harvey, P. D. (2006). Defining and achieving recovery from bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(suppl 9), 14-18.

Heenan, D. (2006). Art as therapy: an effective way of promoting positive mental health?. *Disability & Society*, 21(2), 179-191.

Hibar, et al, (2018). Cortical abnormalities in bipolar disorder: an MRI analysis of 6503 individuals from the ENIGMA Bipolar Disorder Working Group. *Molecular psychiatry*, 23(4), 932-942.

Hirschfeld, R. M., Lewis, L., & Vornik, L. A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(2), 161–174.

Huss, E., & Samson, T. (2018). Drawing on the arts to enhance salutogenic coping with health-related stress and loss. *Frontiers in psychology*, 9, 1612.

Hu, J., Zhang, J., Hu, L., Yu, H., & Xu, J. (2021). Art therapy: a complementary treatment for mental disorders. *Frontiers in psychology*, 12, 686005.

Im, M. L., & Lee, J. I. (2014). Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technology and Health Care*, 22(3), 453-458.

Ironside, M. L., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (2020). Identity in bipolar disorder: Self-worth and achievement. *Journal of personality*, 88(1), 45-58

Janick J. & Berman S. (Productores Ejecutivos). (2022). Selena Gomez: My Mind and Me [Documental]. Apple TV. <https://tv.apple.com/>

Jawad, I., Watson, S., Haddad, P. M., Talbot, P. S., & McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(12), 349–363.

Jönsson, P. D., Wijk, H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2008). Persons living with bipolar disorder—their view of the illness and the future. *Issues in Mental Health Nursing*, 29(11), 1217-1236.

Johnson, S. L., Moezpoor, M., Murray, G., Hole, R., Barnes, S. J., CREST. BD, & Michalak, E. E. (2016). Creativity and bipolar disorder: Igniting a dialogue. *Qualitative health research*, 26(1), 32-40.

Johnson, S. L., Murray, G., Fredrickson, B., Youngstrom, E. A., Hinshaw, S., Bass, J. M., Deckersbach, T., Schooler, J., & Salloum, I. (2012). Creativity and bipolar disorder: touched by fire or burning with questions?. *Clinical psychology review*, 32(1), 1–12.

Kaite, C. P., Karanikola, M., Merkouris, A., & Papathanassoglou, E. D. (2015). “An ongoing struggle with the self and illness”: a meta-synthesis of the studies of the lived experience of severe mental illness. *Archives of psychiatric nursing*, 29(6), 458-473.

Karidi, M. V., Tzedaki, M., Papakonstantinou, K., Stefanis, N., & Stefanis, C. N. (2015). Self-stigma in bipolar disorder: A comparison with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*, 184, 209-215

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of advanced nursing*, 72(12), 2954-2965.

Karkou, V., Sajnani, N., Orkibi, H., Groarke, J. M., Czamanski-Cohen, J., Panero, M. E., Drake, J. E., Jola, C., & Baker, F. A. (2022). The psychological and physiological benefits of the arts: A scoping review. *Frontiers in Psychology*, 13, 840089. doi: 10.3389/fpsyg.2022.840089

Kaufman, James C.; Sternberg, Robert J. (2019). *The Cambridge Handbook of Creativity || Creativity and Mental Illness*.

Kyaga, S., Lichtenstein, P., Boman, M., Hultman, C., Långström, N., & Landen, M. (2011). Creativity and mental disorder: family study of 300 000 people with severe mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 199(5), 373-379.

Lavorato Neto, G., Rodrigues, L., Silva, D. A. R. D., Turato, E. R., & Campos, C. J. G. (2018). Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 71, 2323-2333.

Leckey, J. (2011). The therapeutic effectiveness of creative activities on mental well-being: a systematic review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(6), 501-509.

Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Callard, F., Crawford, P., Farkas, M., Hui, A., Manley, D., McGranahan, R., Pollock, K., Ramsay, A., Sælør, K. T., Wright, N., & Slade, M. (2019). Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PloS one*, 14(3), e0214678.

Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Bradstreet, S., Davidson, L., Franklin, D., Hui, A., McGranahan, R., Morgan, K., Pollock, K., Ramsay, A., Smith, R., Thornicroft, G., & Slade, M. (2020). Not the story you want? Assessing the fit of a conceptual framework characterising mental health recovery narratives. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(3), 295–308.

Lloyd, C., Wong, S. R., & Petchkovsky, L. (2007). Art and recovery in mental health: A qualitative investigation. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 207-214.

Majid, M. A. A., Othman, M., Mohamad, S. F., Lim, S. A. H., & Yusof, A. (2017). Piloting for interviews in qualitative research: Operationalization and lessons learnt. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7(4), 1073-1080.

Malhi, G. S., Bell, E., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Hazell, P., Hopwood, M., Lyndon, B., Mulder, R., Porter, R., Singh, A. B., & Murray, G. (2021). The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 55(1), 7–117.

Marshall, P., & Jones, S. H. (2021). Personal recovery in bipolar disorder: Systematic review and “best fit” framework synthesis of qualitative evidence—a POETIC adaptation of CHIME. *Journal of affective disorders*, 292, 375-385.

Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry*, 68(3), 241–251.

Michalak, E. E., Livingston, J. D., Maxwell, V., Hole, R., Hawke, L. D., Parikh, S. V., & Penner-Goeke, L. (2014). Using theatre to address mental illness stigma: a mixed methods study. *International Journal of Bipolar Disorders*, 2(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/2194-7511-2-1>

Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, et al (2020). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.

Miklowitz, DJ y Johnson, SL (2008). Trastorno bipolar. En WE Craighead, DJ Miklowitz y LW Craighead (Eds.), *Psicopatología: Historia, diagnóstico y fundamentos empíricos* (págs. 366–401). John Wiley & Sons Inc.

Miskowiak, K. W., & Petersen, C. S. (2019). Neuronal underpinnings of cognitive impairment and-improvement in mood disorders. *CNS spectrums*, 24(1), 30-53.

Moeenrad, M., Gholamzadeh, S., & Khorrami-Markani, A. (2022). Art and Psyche Festival: A Model for Destigmatizing Mental Illness. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1027316. doi: 10.3389/fpsy.2022.1027316

Namuth, A., & Chase, B. (2020). Art and the Pursuit of Happiness: How Artists Use Art to Promote Their Emotional Well-being.

Ott, C. V., Macoveanu, J., Bowie, C. R., Fisher, P. M., Knudsen, G. M., Kessing, L. V., & Miskowiak, K. W. (2021). Change in prefrontal activity and executive functions after action-based cognitive remediation in bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Neuropsychopharmacology*, 46(6), 1113-1121.

Pal A., Sharan P., & Chadda R. K. (2017). Internalized stigma and its impact in Indian outpatients with bipolar disorder. *Psychiatry research*, 258, 158-165.

Palupi, G. R. P., Rahmanto, S. W., & Lestari, S. (2020). Art as a catharsis medium for people with bipolar disorder and synesthesia. *Indigenous: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 5(2), 175-194.

Paul Victor, C. G., & Treschuk, J. V. (2020). Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 38(1), 107–113.

Pereira C. S., da Silva M. M., Marchionatti L. E., & da Silva Magalhães P. V. (2023). Positive impacts on recovery and self-esteem of a diagnostic revision from schizophrenia to bipolar disorder. *Psychiatry Research Case Reports*, 2(1), 100103.

- Perich, T., Mitchell, P. B., & Vilus, B. (2022). Stigma in bipolar disorder: A current review of the literature. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(9), 1060-1064.
- Pettie, D., & Triolo, A. M. (1999). Illness as evolution: The search for identity and meaning in the recovery process. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 255.
- Phillips, M. L., & Kupfer, D. J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *The Lancet*, 381(9878), 1663-1671.
- Philip T. Yanos, David Roe & Paul H. Lysaker (2010) The Impact of Illness Identity on Recovery from Severe Mental Illness, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13:2, 73-93, DOI: 10.1080/15487761003756860
- Proudfoot, J. G., Parker, G. B., Benoit, M., Manicavasagar, V., Smith, M., & Gayed, A. (2009). What happens after diagnosis? Understanding the experiences of patients with newly-diagnosed bipolar disorder. *Health Expectations*, 12(2), 120-129.
- Porter, R. J., Inder, M., Douglas, K. M., Moor, S., Carter, J. D., Frampton, C. M., & Crowe, M. (2020). Improvement in cognitive function in young people with bipolar disorder: results from participants in an 18-month randomised controlled trial of adjunctive psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(3), 272-281.
- Ramírez, F., & Cares, F. (2011). Estética y marginalidad—El arte de los que sobran.
- Regev, D., & Cohen-Yatziv, L. (2018). Effectiveness of Art Therapy With Adult Clients in 2018—What Progress Has Been Made?. *Frontiers in psychology*, 9, 1531.
- Reynolds, M. W., Nabors, L., & Quinlan, A. (2000). The effectiveness of art therapy: Does it work?. *Art Therapy*, 17(3), 207-213.
- Rowland, T. A., & Marwaha, S. (2018). Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(9), 251-269.
- Rush, A. J. (2015). Distinguishing functional from syndromal recovery: implications for clinical care and research. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(6), 832-834.
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2009). Extra dimensions in all aspects of life—the meaning of life with bipolar disorder. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 4(3), 159-169
- Russell, S. J., & Browne, J. L. (2005). Staying well with bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(3), 187-193.
- Rusner, M., Carlsson, G., Brunt, D., & Nyström, M. (2010). A dependence that empowers—The meaning of the conditions that enable a good life with bipolar disorder. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(1), 4653.

Sachs, G. S., & Rush, A. J. (2003). Response, remission, and recovery in bipolar disorders: what are the realistic treatment goals?. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(suppl 6), 18-22.

Sadock B., Sadock V., Ruiz P. (2015). Capítulo 8: trastornos del estado de ánimo. En *Sinopsis de psiquiatría*. 11ª ed. Barcelona, España. Editorial Wolters Kluwer.

Sadock B., Sadock V., Ruiz P. (2015). Capítulo 8: trastornos del estado de ánimo. En *Sinopsis de psiquiatría*. 11ª ed. Barcelona, España. Editorial Wolters Kluwer.

Salloum, IM y Brown, ES (2017). Manejo del trastorno bipolar comórbido y trastornos por uso de sustancias. *La revista estadounidense sobre el abuso de drogas y alcohol* , 43 (4), 366-376.

Salomon-Gimmon, M., Orkibi, H., & Elefant, C. (2019). Process and outcomes evaluation of a pre-academic arts program for individuals with mental health conditions: a mixed methods study protocol. *BMJ open*, 9(7), e025604.

Schouten, K. A., de Niet, G. J., Knipscheer, J. W., Kleber, R. J., & Hutschemaekers, G. J. (2015). The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma. *Trauma, violence, & abuse*, 16(2), 220-228.

Siegel-Ramsay, J. E., Sharp, S. J., Ulack, C. J., Chiang, K. S., Lanza di Scalea, T., O'Hara, S., ... & Almeida, J. R. C. (2023). Experiences that matter in bipolar disorder: a qualitative study using the capability, comfort and calm framework. *International Journal of Bipolar Disorders*, 11(1), 1-11.

Simon, G., & Ciechanowski, P. (2019). Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. *UpToDate*.(internet), 1-10.

Smith K., Pickering A., & Bhattacharya J. (2022). The creative life: A daily diary study of creativity, affect, and well-being in creative individuals. *Creativity Research Journal*, 34(4), 460-479.

Stickley, T., Wright, N., & Slade, M. (2018). The art of recovery: outcomes from participatory arts activities for people using mental health services. *Journal of Mental Health*, 27(4), 367-373.

Stovall J. & Keck P. (2021). Bipolar mania and hypomania in adults: Choosing pharmacotherapy. *Up To Date*.

Shukla, A., Choudhari, S. G., Gaidhane, A. M., & Quazi Syed, Z. (2021). Role of Art Therapy in the Promotion of Mental Health: A Critical Review. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 11(01), 01-06.

Tolstoi, L. (2012). ¿Qué es el arte? Editorial MAXTOR.

Tse, S., Murray, G., Chung, K. F., Davidson, L., Ng, K. L., & Yu, C. H. (2014). Exploring the recovery concept in bipolar disorder: a decision tree analysis of psychosocial correlates of recovery stages. *Bipolar Disorders*, 16(4), 366-377.

- Uttley, L., Stevenson, M., Scope, A., Rawdin, A., & Sutton, A. (2015). The clinical and cost effectiveness of group art therapy for people with non-psychotic mental health disorders: a systematic review and cost-effectiveness analysis. *BMC psychiatry*, 15(1), 151.
- Van der Voort, T. Y., Seldenrijk, A., van Meijel, B., Goossens, P. J., Beekman, A. T., Penninx, B. W., & Kupka, R. W. (2015). Functional versus syndromal recovery in patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(6), 809-814.
- Van Lith, T. (2014). "Painting to find my spirit": Art making as the vehicle to find meaning and connection in the mental health recovery process. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 16(1), 19-36.
- Van Lith, T., Fenner, P., & Schofield, M. J. (2009). Toward an understanding of how art making can facilitate mental health recovery. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(2), 183-193.
- Van Lith, T., Schofield, M. J., & Fenner, P. (2013). Identifying the evidence-base for art-based practices and their potential benefit for mental health recovery: A critical review. *Disability and rehabilitation*, 35(16), 1309-1323.
- Vieta, E., Berk, M., Schulze, T. G., Carvalho, A. F., Suppes, T., Calabrese, J. R., Gao, K., Miskowiak, K. W., & Grande, I. (2018). Bipolar disorders. *Nature reviews. Disease primers*, 4, 18008.
- Vargas-Huicochea, I., Huicochea, L., Berlanga, C., & Fresán, A. (2014). Taking or not taking medications: psychiatric treatment perceptions in patients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 39(6), 673-679.
- Chakrabarti S. (2016). Treatment-adherence in bipolar disorder: A patient-centred approach. *World journal of psychiatry*, 6(4), 399-409.
- Warwick, H., Tai, S., & Mansell, W. (2019). Living the life you want following a diagnosis of bipolar disorder: A grounded theory approach. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(3), 362-377
- Warwick, H., Mansell, W., Porter, C., & Tai, S. (2019). 'What people diagnosed with bipolar disorder experience as distressing': a meta-synthesis of qualitative research. *Journal of affective disorders*, 248, 108-130
- White, M. L., Peters, R., & Schim, S. M. (2011). Spirituality and spiritual self-care: expanding self-care deficit nursing theory. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 48-56
- Wiertz, W. (2020). A Lack of a Name, of Artistic Value, and of a Positive Perception: Overlooking Amateur Artists. *History of Humanities*, 5(1), 111-129.
- Wisdom, J. P., Bruce, K., Auzeen Saedi, G., Weis, T., & Green, C. A. (2008). 'Stealing me from myself': Identity and recovery in personal accounts of mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(6), 489-495.

Wong N. C., Lookadoo K. L., & Nisbett, G. S. (2017). "I'm Demi and I have bipolar disorder": Effect of parasocial contact on reducing stigma toward people with bipolar disorder. *Communication Studies*, 68(3), 314-333

World Health Organization (OMS). (abril, 2019). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª Revisión (CIE-11). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

Wynter, K., & Perich, T. (2018). Bipolar disorder, self-care and quality of life. *Australian Psychologist*, 53(1), 9-18. <https://doi.org/10.1111/ap.12277>

Yanos, P. T., DeLuca, J. S., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2020). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness: A review of the evidence. *Psychiatry research*, 288, 112950.

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G., Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., McIntyre, R. S., Kozicky, J., Kanba, S., Lafer, B., Suppes, T., Calabrese, J. R., Vieta, E., Malhi, G., Post R. M. & Michael Berk. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 20(2), 97–170.

Yeşilçınar, İ., Acavut, G., İyigün, E., & Taştan, S. (2018). Eight-step concept analysis: Spirituality in nursing. *International Journal for Human Caring*, 22(2), 34-42.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MODALIDAD PRESENCIAL**

##### **NOMBRE DEL PROYECTO**

##### **EL ARTE Y SU PAPEL EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PACIENTES AMBULATORIOS CON TRASTORNO BIPOLAR: LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

Por medio de la presente se invita a participar en un estudio que se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. A continuación, se brinda la información sobre este, aclarando que todas las preguntas serán contestadas con la finalidad de que una persona pueda decidir si participa o no y por lo tanto otorgar el consentimiento informado.

El objetivo de este estudio es Identificar y analizar cómo influye el arte en el proceso de recuperación de la salud mental, en pacientes con trastorno bipolar que en su vida diaria hacen uso del arte de manera profesional, recreativa, laboral y/o académica; para lo cual se realizará una entrevista con la finalidad de obtener dicha información.

La investigadora principal del presente estudio se comunicará con las autoridades y trabajadores del servicio de la consulta externa del INPRFM con la finalidad de exponer verbalmente el título del presente proyecto, los objetivos y método de este; así mismo, colocará carteles en distintas áreas comunes de consulta externa de psiquiatría general y en especial, en el tercer piso de la clínica de trastornos afectivos, con la expectativa de generar difusión de este en los usuarios del servicio. En dichos carteles, se proporcionará la extensión de contacto, correos electrónicos y localización del consultorio institucional de la investigadora principal, de tal manera que, los interesados puedan contactar a la

investigadora principal y les pueda brindar información respecto al proyecto de investigación, abordando ampliamente su alcance, objetivos, metodología, así como beneficios y riesgos de este. A los interesados que acudan al consultorio institucional de la investigadora principal, se les invitará a participar en el estudio de manera presencial, en caso de aceptar, se les solicitará la firma de la carta del consentimiento informado en ese momento y se les dará una copia de este; así mismo, se acordará la fecha y hora del estudio, de acuerdo con la preferencia del participante.

La participación no tiene costo alguno y la duración de esta colaboración es de aproximadamente dos horas y media. La participación es voluntaria y en cualquier momento el participante puede retirarse del estudio sin previo aviso y sin que esto tenga alguna consecuencia en su atención en el instituto. La información de los participantes será completamente confidencial, es decir, ningún dato que permitiera identificar al participante aparecerá en un reporte o publicación. Todos los datos estarán resguardados por la investigadora principal y solamente podrán ser accedidos por ella durante la realización del estudio, los datos se eliminarán posterior a un periodo aproximado de dos años de su obtención. Durante la realización de la entrevista se pudieran evocar algunos recuerdos que, en algún momento dado pudieran generar algunos síntomas afectivos o ansiosos para los cuales la investigadora principal está capacitada para dar una contención mínima y en caso de ver la persistencia de la sintomatología, se contactara al médico tratante del entrevistado y se derivara al servicio de APC del INPRFM.

Como beneficio indirecto, a medida que los participantes compartan su perspectiva de recuperación con respecto al arte, habrá una mayor comprensión de cómo interviene esta, así mismo, pudiera arrojar resultados nuevos relevantes para contrastar con lo ya documentado en la literatura y se podrían hacer consideraciones para implementarla en otros pacientes como medidas adyuvantes al manejo multidisciplinario del trastorno bipolar. Como beneficio directo, la investigadora principal elaboró y diseñó **un tríptico que le**

**otorgará de manera impresa al momento de firmar el consentimiento informado**, es decir, material educativo donde se explica de manera coloquial, cuáles son los beneficios del arte en el proceso de recuperación de los trastornos mentales, así mismo, en dicho documento se incluyen organizaciones formales que brindan arteterapia en la CDMX. A cada participante se le entregará una copia de la presente carta con el fin de que la persona pueda consultar la información aquí escrita en cualquier momento.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He leído la presente y comprendo el objetivo de esta investigación. He hablado con el responsable del estudio, quien me ha contestado todas mis inquietudes en términos que pueda entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de este estudio. Entiendo que puedo suspender mi participación en el momento que sea sin presentar consecuencias a mi persona. Mi identidad no será revelada y recibí una carta de consentimiento informado.

### **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN**

Nombre del participante y firma:

---

Testigo 1 y firma:

---

Testigo 2 y firma:

---

### **ACEPTO VOLUNTARIAMENTE LA REVISIÓN DE MI EXPEDIENTE CLÍNICO**

**Sí ( )      No ( )**

Si acepta participar, le solicitamos su autorización para revisar en su expediente clínico, datos como diagnóstico, estabilidad, gravedad, comorbilidades y tratamiento, con el fin de tener una información más completa.

**ACEPTO VOLUNTARIAMENTE QUE LA ENTREVISTA SEA GRABADA PARA LA  
TRANSCRIPCIÓN DE DATOS**

Favor de marcar con una X, encerrar o subrayar el recuadro de su preferencia:

| si   | No   |
|--|--|
| Nombre y firma del participante:<br>_____<br>— | Nombre y firma del participante:<br>_____<br>— |

Nombre del investigador y firma: Dra. Janny Paola Laurean Soto

[jannylaurean@comunidad.unam.mx](mailto:jannylaurean@comunidad.unam.mx) [drajannylaurean@imp.edu.mx](mailto:drajannylaurean@imp.edu.mx) Tel: 55415324.  
Horarios de atención de 8:00 a 14:00 h y de 15:00 a 17:00 h, de lunes a viernes.  
Consultorio 1, piso 3, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz  
Calzada México Xochimilco No. 101, CP 14370, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anexo 2**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MODALIDAD VIRTUAL**

**NOMBRE DEL PROYECTO**

**EL ARTE Y SU PAPEL EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DE PACIENTES  
AMBULATORIOS CON TRASTORNO BIPOLAR: LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

Por medio de la presente se invita a participar en un estudio que se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. A continuación, se brinda la información sobre este, aclarando que todas las preguntas serán contestadas con la

finalidad de que una persona pueda decidir si participa o no y por lo tanto otorgar el consentimiento informado.

El objetivo de este estudio es Identificar y analizar cómo influye el arte en el proceso de recuperación de la salud mental, en pacientes con trastorno bipolar que en su vida diaria hacen uso del arte de manera profesional, recreativa, laboral y/o académica; para lo cual se realizará una entrevista con la finalidad de obtener dicha información.

La investigadora principal del presente estudio se comunicará con las autoridades y trabajadores del servicio de la consulta externa del INPRFM con la finalidad de exponer verbalmente el título del presente proyecto, los objetivos y método de este; así mismo, colocará carteles en distintas áreas comunes de consulta externa de psiquiatría general y en especial, en el tercer piso de la clínica de trastornos afectivos, con la expectativa de generar difusión de este en los usuarios del servicio. En dichos carteles, se proporcionará la extensión de contacto, correos electrónicos y localización del consultorio institucional de la investigadora principal, de tal manera que, los interesados puedan contactar a la investigadora principal y les pueda brindar información respecto al proyecto de investigación, abordando ampliamente su alcance, objetivos, metodología, así como beneficios y riesgos de este. A los interesados que contacten a la investigadora principal por medio telefónico o por correo electrónico, se les invitará a participar en el estudio en modalidad virtual, en caso de aceptar participar, el entrevistado decidirá la fecha y hora de la entrevista y tendrá libertad de elegir el medio de su preferencia, ya sea por llamada telefónica o por videollamada en alguna plataforma de su elección (por Zoom, Skype, Google Meet o Microsoft teams), en las cuales, si lo prefieren pueden no utilizar la cámara de video durante la sesión y solo utilizar el micrófono ya sea por medio de su dispositivo o por medio de auriculares/audífonos ; así mismo, previo a la realización de la entrevista se le solicitará al participante leer y responder un cuestionario en línea por medio de Google forms que puede responderse en una computadora o con cualquier dispositivo móvil.

Previo a la realización de la entrevista se le solicitará al participante leer y llenar el presente formulario.

La participación no tiene costo alguno y la duración de esta colaboración es de aproximadamente dos horas y media. La participación es voluntaria y en cualquier momento el participante puede solicitar parar la entrevista y continuarla en una segunda sesión o retirarse del estudio sin previo aviso y sin que esto tenga alguna consecuencia en su

atención en el instituto. La información de los participantes será completamente confidencial y almacenada con códigos alfanuméricos, es decir, ningún dato que permitiera identificar al participante aparecerá en un reporte o publicación. Todos los datos estarán resguardados por la investigadora principal y solamente podrán ser accesados por ella durante la realización del estudio, los datos se eliminarán posterior a un periodo aproximado de dos años de su obtención.

Como beneficio indirecto, a medida que los participantes compartan su perspectiva de recuperación con respecto al arte, habrá una mayor comprensión de cómo interviene esta, así mismo, pudiera arrojar resultados nuevos relevantes para contrastar con lo ya documentado en la literatura y se podrían hacer consideraciones para implementarla en otros pacientes como medidas adyuvantes al manejo multidisciplinario del trastorno bipolar. Como beneficio directo, la investigadora principal elaboró y diseñó un tríptico que le otorgará de manera digital en formato PDF al momento de contestar este formulario, es decir, material educativo donde se explica de manera coloquial, cuáles son los beneficios del arte en el proceso de recuperación de los trastornos mentales, así mismo, en dicho documento se incluyen organizaciones formales que brindan arteterapia en la CDMX.

Con el objetivo de proteger su confidencialidad y privacidad, al comienzo de la entrevista, la investigadora principal se identificará, mostrando la credencial oficial del Instituto Nacional de Psiquiatría; en todo momento, la entrevistadora mantendrá encendido el video y audio, con la finalidad de demostrar que se encuentra sola y en un ambiente seguro y privado. Para los participantes que decidan la entrevista por vía telefónica, la manera de asegurar que la entrevista se llevará a cabo desde un lugar seguro, será realizando la llamada telefónica desde el número telefónico del consultorio institucional de la investigadora principal (proporcionado en este documento).

Durante la realización de la entrevista se pudieran evocar algunos recuerdos que, en algún momento dado pudieran generar algunos síntomas afectivos o ansiosos para los cuales la investigadora principal está capacitada para brindar contención verbal, es decir, un experto en salud mental hablará con el participante hasta el cese del malestar. En caso de que la contingencia emocional no ceda a esta intervención, se le sugerirá acudir al servicio de Atención Psiquiátrica Continua del INPRFM, o al servicio de atención psiquiátrica de urgencias más cercano, proporcionando los horarios de atención y la dirección de las instituciones, por lo que se le solicitará al participante que facilite el nombre completo y número telefónico de un contacto de emergencia, para que sea contactado para ir por el

entrevistado a su ubicación y acompañarlo a atención; aclarando que la atención brindada en dicho servicio pudiera generar algún costo que, en cuyo caso, correría a cargo del participante. Así mismo, existe la posibilidad que durante la entrevista surgieran eventualidades como: interrupción del enlace audio/visual o desconexión del enlace audio/visual, en cuyo caso, la entrevistadora, se pondría en contacto nuevamente con el participante, para continuar la sesión o reprogramar la entrevista.

Si tuviera alguna pregunta sobre este estudio o alguna duda puede comunicarse con la investigadora principal del presente estudio: Dra. Janny Paola Laurean Soto, al teléfono: 55415324 en los horarios de atención de 8:00 a 14:00 h y de 15:00 a 17:00 h, de lunes a viernes. También puede enviar un correo electrónico a [jannylaurean@comunidad.unam.mx](mailto:jannylaurean@comunidad.unam.mx), [drajannylaurean@imp.edu.mx](mailto:drajannylaurean@imp.edu.mx) o acudir de manera presencial al Consultorio 1, piso 3, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Calzada México Xochimilco No. 101, CP 14370, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Considero que tengo suficiente información sobre el objetivo del estudio y estoy de acuerdo en participar. Hablé con el responsable del estudio, quien me ha contestado todas mis inquietudes. Entiendo que puedo contactar a la investigadora principal para hacer cualquier pregunta en cualquier momento de este estudio y que puedo suspender mi participación en el momento que sea sin presentar consecuencias.

#### **Seleccione su opción**

Si elige ACEPTO quiere decir que:

Ha leído y comprende el objetivo de esta investigación. Acepta participar voluntariamente.

**Acepto ( )      No acepto ( )**

Si acepta participar, le solicitamos su autorización para revisar en su expediente clínico, datos como diagnóstico, estabilidad, gravedad, comorbilidades y tratamiento, con el fin de tener una información más completa.

#### **Acepto voluntariamente la revisión de mi expediente clínico**

**Sí ( )      No ( )**

Si acepta participar, le solicitamos su autorización para grabar el audio de la conversación, con el fin de tener una información más completa y transcribirla, se reitera que los datos se eliminarán posteriormente.

**Acepto voluntariamente que el audio de la entrevista sea grabado**

**Sí ( )      No ( )**

Muchas gracias por su atención.

### **Anexo 3**

## **GUÍA ENTREVISTA CUALITATIVA**

### **Basado expreso en el Modelo de Kvale para la Formulación de entrevistas en investigación Cualitativa**

*Se consideró lo siguiente respecto a las técnicas de entrevista en la presente investigación cualitativa:*

- **El formato general de la entrevista cualitativa**

La entrevista fue una conversación en la que la investigadora principal y el entrevistado (o informante) llevaron a cabo una serie de cuestiones como resultado de las preguntas del investigador. A diferencia del grupo de discusión, la entrevista se basó en una relación entre dos individuos, y en una dinámica de pregunta-respuesta. Por lo tanto, la entrevista se consideró como una técnica pertinente ante el tema objeto de estudio ya que este debe ser abordado desde una perspectiva individual.

- **Elaboración de los instrumentos**

- **El guion de la entrevista.**

Fue una relación de los temas y subtemas que deseaban tratarse de acuerdo con los objetivos de investigación. Se combinaron preguntas directas, preguntas indirectas y formulaciones generales sobre las cuestiones a tratar que dieron libertad a la investigadora principal para plantear la cuestión como convino a la situación y al entrevistado.

El guion de entrevista tuvo un formato flexible que dio libertad a la entrevistadora para formular las preguntas como considerara oportuno, e incluso, a cambiar su orden. En esta investigación cualitativa, la entrevista se pareció lo más posible a un diálogo fluido y se alejó del interrogatorio, y esto implicó contar con libertad para formular, reformular y rehacer, siempre, naturalmente, que esto sirva a los objetivos de la investigación.

El grado de apertura del guion fue determinado por la investigadora. Inicialmente, se abrió el discurso mediante una entrevista semi-estructurada, lo que significó que se realizaron preguntas abiertas y se permitió una flexibilidad a la hora de formular las cuestiones, pero siempre dentro de un marco fijado por la estructura general del guion.

Este guion de entrevista fue semi estructurado de tal manera que se transitó de la manera lo más natural posible de unos temas a otros, que facilitó a los informantes “entrar” en la entrevista y “salir” de ella. Está al servicio de los objetivos, y éstos sólo pueden conseguirse si se alía uno con el entrevistado. Fue importante tener preparada una presentación inicial que facilitaron la entrada en la entrevista.

#### **La elaboración del guion contará con los siguientes pasos:**

De acuerdo con el esquema de Kvale, el guion se desenvolverá de la siguiente manera (Kvale, et al, 2011):

- **Apertura:**

“Buenos días a todos, yo soy la Dra. Laurean, investigadora principal del trabajo en cuestión. Antes que nada, le agradezco su participación en esta reunión y le doy la bienvenida. Como sabe, estamos realizando un estudio sobre la influencia del arte en personas con trastorno bipolar. Con esta investigación queremos conocer la percepción que usted tiene sobre el arte y si se ha relacionado con algún cambio a lo largo del desarrollo de la enfermedad y de su recuperación. Yo seré la moderadora de esta entrevista y contaré con la necesidad de grabar el audio de esta para posteriormente transcribir lo discutido de manera directa a un manuscrito que posteriormente será estudiado por el equipo de investigación. Si estamos de acuerdo podemos comenzar”.

- **Fase de cuestionamiento (temas de cuestionamiento):**

- Percepción sobre el uso del arte como promotor de esperanza en la recuperación de los trastornos afectivos: confianza del paciente en poder alcanzar las metas propuestas, confianza en poder mejorar su salud o de tener un buen estado continuo.

- Autopercepción positiva e identidad del paciente: el sentido de quiénes son después de haber recibido el diagnóstico de trastorno bipolar y posterior a practicar el arte.
- Percepción sobre cómo el arte ha ayudado a los pacientes con trastorno bipolar a encontrarle un nuevo sentido a su vida: surgimiento de nuevas metas, valores, fundamentos, motivaciones y propósitos de la vida.
- Responsabilidad del paciente en su recuperación: conciencia de enfermedad, apego farmacológico, apego al seguimiento, cuidados de sí mismo, autogestión del bienestar y compromiso.
- Percepción sobre la promoción del crecimiento personal a través del arte: empoderamiento y autodeterminación, crecimiento y funcionalidad familiar, social, laboral y espiritual.

Los puntos previos, siguieron el orden más apropiado para que se pudieran hilar los temas y subtemas a tratar. En cualquier caso, la regla será ir siempre de las formulaciones más abiertas e indirectas a las más cerradas y directas, de modo que el entrevistado/a pueda revelar sus marcos de significado. Se evitó la directividad, los juicios de valor encubiertos y las preguntas dicotómicas.

### **Referencia**

Kvale, S. (2011). Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Sage publications.

## Anexo 4

08/12/2021

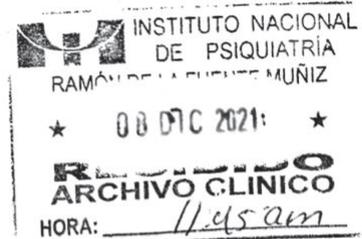
**Mtro. Aaron Padilla Orozco**  
**Jefe del departamento de gestión de calidad, información en salud y seguridad del**  
**paciente. Responsable legal del archivo clínico.**  
**Presente.**

ASUNTO: Autorización para revisión y uso en  
Investigación de datos de expedientes clínicos.

Por este medio, le hago una atenta solicitud para extender un permiso de revisión de expedientes clínicos en el marco de la investigación titulada: **el arte y su papel en el proceso de recuperación de pacientes ambulatorios con trastorno bipolar: la perspectiva del paciente.** Este proyecto tiene como finalidad investigar, a partir de las percepciones y creencias de personas con diagnóstico de trastorno bipolar, si practicar alguna actividad artística de forma cotidiana ayuda en su recuperación. Por lo que podría ser necesario consultar datos como diagnóstico estabilidad o gravedad, comorbilidades y tratamiento actual, información que podría no ser recordada por los participantes y sea necesario consultar el expediente

Esta solicitud se realiza como parte de los procedimientos que dicta el comité de ética para la revisión del expediente clínico con fines de investigación. A continuación, le cito a los responsables del proyecto: Dra. Janny Paola Laurean Soto, médico residente de segundo año de la especialidad en psiquiatría; Dra. Shoshana Berenzon Gorn, tutora metodológica y Dra. Ingrid Vargas Huicochea, tutora Teórica.

Quedo atenta a su amable respuesta.



Janny Paola Laurean Soto